

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 22.01.2024 11:19:18
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Общая врачебная практика»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Направленность программы – Общая врачебная практика (семейная медицина)

Форма обучения очная

Срок получения образования 2 года

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), утвержденного Министерством науки и высшего образования РФ «09» января 2023 г., приказ № 16.
- 2) Учебного плана по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «26» апреля 2024 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии «07» мая 2024 г. (протокол № 8)
Заведующий кафедрой М.С. Григорович

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации
«16» мая 2024 г. (протокол № 5)

Председатель методической комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «16» мая 2024 г. (протокол № 5)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Заведующий кафедрой семейной медицины
и поликлинической терапии, д.м.н., доцент М.С. Григорович

Доцент кафедры семейной медицины
и поликлинической терапии, 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	1 7
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	1 7
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	1 7
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	2 1
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	2 1
3.4. Тематический план лекций	2 2
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	2 7
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	4 6
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	4 8
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	4 8
4.1.1. Основная литература	4 8
4.1.2. Дополнительная литература	4 8
4.2. Нормативная база	4 9
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	5 2
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), информационно-справочных систем	5 3
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	5 4
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	5 5
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	5 8

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	6
	1
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	6
	1
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	6
	2
8.1. Выбор методов обучения	6
	2
8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья	6
	2
8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	6
	2
8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	6
	3

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

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) приобретение профессиональных компетенций врача общей практики (семейного врача), направленных на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи пациентам вне зависимости от возраста, пола, характера заболевания в контексте семьи.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

1) медицинская деятельность:

- клиническая диагностика и обследование пациентов в условиях общей врачебной практики;
- назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контроль его эффективности и безопасности в условиях общей врачебной практики;
- проведение и контроль мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов в условиях общей врачебной практики;
- проведение в отношении пациентов медицинской экспертизы в условиях общей врачебной практики;
- проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения в условиях общей врачебной практики;
- проведение анализа медико-статистической информации, ведения медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала в условиях общей врачебной практики;
- участие в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства в условиях общей врачебной практики.

2) педагогическая деятельность:

- осуществление педагогической деятельности по программам среднего профессионального, высшего образования, дополнительного профессионального образования;

3) организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценка качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей в условиях общей врачебной практики;
- использование информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности и соблюдение правил информационной безопасности;

4) научно-исследовательская деятельность:

- написание тематического научного обзора с учетом установленных принципов и технических требований, предъявляемых к оформлению научной работы.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Общая врачебная практика» относится к блоку Б 1.

Б 1. Дисциплины (модули) обязательной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Патология, Общественное здоровье и здравоохранение, Клиническая фармакология, Психология профессионального общения; Медицина чрезвычайных ситуаций; Медицинская реабилитация в клинической практике.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Семейная медицина, Телемедицинские и цифровые технологии в работе команды первичной медико-санитарной

помощи, Соматические аспекты инфекционной патологии, Семья как пациент, Льготное лекарственное обеспечение в работе семейного врача; Реабилитация в амбулаторной практике; Доказательная медицина и методы обработки научной информации в работе семейного врача.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

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

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- 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;
- научно-исследовательский;
- организационно-управленческий;
- педагогический.

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 критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ИД УК 1.4. Определяет возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональной сфере	основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и	приобретать систематические знания в области медицинской науки, анализировать возникающие в процессе научного исследования проблемы с точки зрения современных научных парадигм, осмысливать и делать обоснованные выводы из новой научной и учебной литературы, результатов экспериментов, происходящих в мире глобальных событий	методами анализа и синтеза получаемой информации.	решение тестовых заданий, ситуационных задач	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Раздел №1,2,3,4,5,6, 7 ,8,9,10,11,12, 13,14,15,16 Семестр № 1,2

2	УК-3 Способе н руковод ить работой команды врачей, среднего и младшег о медицинс ког о персонала , организов ывать процесс оказания	ИД УК 3.2. Контролирует выполнение должностных обязанностей находящимся медицинским персоналом	Должностные обязанности врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организацию процесса оказан ия медицинской помощи	Контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Методами управления и контроля выполнения должностных обязанностей находящегос я в распоряжени и медицинског о персонала	решен ие тестов ых задани й, решен ие ситуацион ны х задач	решен ие тестов ых задани й, решен ие ситуационны х задач	Раздел №1,2,3,4,5,6, 7 ,8,9,10,11,12, 1 3,14,15,16 Семестр № 1,2

	медицинско й помощи населению							
	ОПК-4. Способен проводить клиническ ую диагности ку и обследова ние пациентов	ИД ОПК 4.2. Решает задачи по определению у пациент ов патологических состояний, симптом ов, синдромов	этиологию и заболеваний человека; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от направлению на	уметь проводить раннюю диагностику на недифференцированны х стадиях проявлен ия болезни; проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	методами и технологиями диагностики и	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ных задач, разработка клиническ их кейсов, собеседова ние	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10 , 11,12,13,14,1 5 ,16 Семестр № 1,2
	ОПК-5. Способ ен назнача ть лечение пациент ам при заболевани ях и (или) состояния х, контролир овать его эффективно сть и безопасност ь	ИД ОПК 5.4. Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с порядками оказан ия медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами	принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения.	разделять и классифицироват ь проблемы пациента Оказывать ПМСП по всему спект ру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей	методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ных задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел №2,3,4,5,6,7, 8 ,9,10,11,12,1 3, 14,15,16 Семестр № 1,2

		лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов в						

		медицинской помощи						
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации и при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и инвалидов	ИД ОПК 6.3. Оценивает реабилитационный потенциал, определяет оптимальную маршрутизацию пациента осуществляет контроль преемственности реабилитационного процесса	теоретические основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении на осн ове доказательной базы.	осуществлять лечение распространенных заболеваний человека с учетом личностно-ориентированного подхода и в соответствии с требованиями действующих порядков, протоколов и стандартов	современными методами и технологиями лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	решение тестовых заданий, ситуационных задач	решение тестовых заданий, ситуационных задач, собеседование	Раздел №2,3,4,5,6,7, 8 ,9,10,11,12,13, 14,15,16 Семестр № 1,2
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ИД ОПК 7.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности	Нормативно-правовую базу по экспертизе временной утраты нетрудоспособности	Выявлять признаки временной нетрудоспособности, оформлять электронную медицинскую документацию	Методикой определения временной нетрудоспособности пациента и способами оформления медицинской документации	решение тестовых заданий, ситуационных задач	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач,	Раздел №2,3,4,5,6,7, 8 ,9,10,11,12,13, 14,15,16 Семестр № 1,2

							собеседовани е	
		ИД ОПК 7.2. Определяет показания к направлению на медико-	Нормативно- правовую базу по экспертизе стойкой утраты	Выявлять признаки стойкой утраты трудоспособност и, оформлять электронную	Методикой оформления направления на МСЭК	решен ие тестов ых задани й, ситуационн ы	решен ие тестов ых задани й, выполнение	

		социальную экспертизу	нетрудоспособност и	медицинскую документацию		х задач, разработка клиническ их кейсов	практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	
	ОПК-8. Способен проводить и контролиро вать эффективн ость мероприят ий по профилакт ике и формирова нию здорового образа жизни и санитарно- гигиеничес кому просвещен ию населения	ИД ОПК 8.1. Назначает профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявлен ия заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового обра за жизни семьи; социально- гигиенические аспекты профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотребления лекарственными препаратами, злоупотребления алкоголем, табакокурения; определения понятий "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь"; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы ри ска возникновения	осуществлять мероприятия, направленные профилактику ча сто встречающихся заболеваний внутренних органов	методикой индивидуального и	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ных задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел №2,3,5,6,7,8, 9 ,10,11,12,13, 14,15 Семестр № 1,2

			распространенных заболеваний; принципы					

			консультирования пациентов; программы физической активности дет ей, подростков, взрослых питания					
		ИД ОПК 8.2. Проводит мероприятия по предупреждению возникновения заболеваний и населения ем проведения профилактических	группы здоровья населения, виды профилактики, факторы ри ска возникновения распространенны х заболеваний; основы диспансеризации и диспансерного наблюдения	проводить диспансеризацию , реабилитацию, экспертизу трудоспособност и больных распространенными заболеваниями внутренних органов	методикой диспансерного наблюдения за пациентами оценкой эффективности профилактических мероприятий оценка эффективности снижения заболеваемости	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ны х задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10 , 11,12,13,14,1 5 ,16 Семестр № 1,2
		ИД ОПК 8.3. Оценивает эффективность мероприятий по профилактике заболеваний	концепцию здоровья. Современную методологию профилактической медицины. систему жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи	выявлять факторы риска, информировать и проводить связи настоящих и возможно будущих пробл ем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни.	методикой индивидуального	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ны х задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10 , 11,12,13,14,1 5 ,16 Семестр № 1,2

			своих проблем с биопсихосоциаль ными аспектами его					

			жизни					
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении и медицинского персонала	ИД ОПК 9.3. Демонстрирует умение оформлять медицинскую документацию, проводить оценку качества оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации, организовывать, контролировать и	Законодательство о Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Правила оформления медицинской документации и в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Должностные обязанности медицинской сестры участковой и иных	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	Методикой проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде, контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинских работников и. Методикой внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и в пределах должностных обязанностей.	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Раздел №1, 2,3,4,5,6,7,8, 9, 10,11,12,13,14, 15,16 Семестр № 1,2

			находящихся в распоряжении медицинских работников. Организацию медицинской помощи в медицинских	Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и				

			организаци ях, оказывающ их медицинск ую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника.	медицинских работников. Медико- статистические показатели заболеваемос ти, инвалидност и и смертности, характеризующи е здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки.				

		ИД ОПК 9.4. Демонстрирует умение проводить анализ из медико-статистических показателей прикрепленного населения, использовать специализированные информационные системы, сеть «Интернет», телемедицинские технологии	Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Возможности телемедицинских технологий.	Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет». Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их	Методикой проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, используя специализированные информационные системы, сеть «Интернет» и телемедицинские технологии	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16 Семестр № 1,2

				вычисления и оценки.				
	ПК-2. Способе н оказыва ть первичн ую медико- санитарну ю помощь взрослым врачебн ой практик е	ИД ПК 2.1. Демонстрирует умение проводить обследование взрослых и устанавливать диагноз в общей врачебн ой практике	• этиологию и патогенез наиболее распространенных заболеваний человека; • особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от показаний к направлению на	Уметь проводить диагностику, дифференциальную диагностику болезней человека.	Методами и технологиями скрининга, диагностики и используя ресурсы общей врачебн ой практики	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ны х задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел № 2,3,5,6,7,8, 9,10,11,12,13,14, 15,16 Семестр № 1,2
		ИД ПК 2.2. Демонстрирует умение организовывать и проводить лечение взрослых, контролировать его эффективность и безопасность в общей врачебной практике	Основные немедикаментозн ые и медикаментозные методы и средства лечения болезн ей человека соответственно действующим клиническим рекомендациям.	организовывать и эффективность	Методикой организации лечен ия взрослых, контроля его эффективности	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ны х задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16 Семестр № 1,2

		ИД ПК 2.3. Демонстрирует умение организовывать и проводить медицинские осмотры, профилактические осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение взрослых	нормативные документы, регулирующие проведение профилактических медосмотров, диспансеризации населения и диспансерного наблюдения за	организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными	навыком проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10 , 11,12,13,14,15 ,16 Семестр № 1,2

			хроническими больными; правила проведения и требования к объему мероприятий при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными					
		ИД ПК 2.4. Демонстрирует умение организовывать и проводить диагностические и лечебные мероприятия при гинекологических заболеваниях и беременности в общей врачебной практике	• этиологию и патогенез наиболее распространенных гинекологических заболеваний; • показания к направлению на консультацию к специалисту	Уметь проводить диагностику, гинекологических заболеваний Уметь проводить диагностику беременности	методикой организации и проведения	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Раздел 2,3, 4,5,6,7,8,9,10, 11,12,13,14,15,16 Семестр № 1,2

	ПК-3. Способе н оказыва ть первичн ую медико-санитарной помощь детям врачесн ой практик е	ИД ПК 3.1. Демонстрирует умение проводить обследование детей и устанавливать диагноз в общей врачебной практике	• этиологию и патогез наиболее распространенных заболеваний детей; • особеннос т и проявлен ия клиники и течения по всему спектру заболеваний	Уметь провод ить диагностику, дифференциальную диагностику болезней человека.	Методами и технологиями скрининга, диагностики и используя ресурс ы общей врачебн ой практики	решен ие тестов ых задани й, ситуацион ны х задач, разработка клиническ их кейсов	решен ие тестов ых задани й, выполнение практических навыков, ситуационны х задач, собеседовани е	Разделы 8 Семестр № 1,2

			показани я к направлению на консультацию к					
		ИД ПК 3.2. Демонстрирует умение организовывать и проводить лечение детей в амбулаторных условиях, контролировать его эффективность и безопасность	Основные немедикаментозные и медикаментозные методы и средства лечения болезней детей соответственно действующим клиническим рекомендациям.	организовывать и	Методикой организации лечения детей, контроля его эффективности и	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Разделы 8 Семестр № 1,2

		ИД ПК 3.3. Демонстрирует умение организовывать профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и наблюдение детей	нормативные документы, регулирующие проведение профилактических медосмотров, диспансеризации детей 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	организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными детьми	навыком проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Разделы 8 Семестр № 1,2

			больными					
	ПК-4 Способен оказывать паллиативную первичную врачебную помощь	ИД ПК 4.1. Демонстрирует умение организовывать и диагностические	Нормативно-правовую базу по оказанию паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	Организовывать и диагностические и паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	Методикой организации проведения диагностических и практике	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Разделы 5 Семестр № 1,2
	ПК-5 Способен проводить тематические научные исследования	ИД ПК 5.1. Демонстрирует умение проводить тематический научный обзор с учетом установленных принципов и технических требований, предъявляемых к оформлению научной работы	Что такое научный обзор, принципы и технические требования, предъявляемые к	Анализировать данные научных статей по выбранной теме, оформлять научную работу в соответствии с предъявляемыми требованиями	Методикой составления обзора научной литературы по заданной тематике	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, собеседование	Раздел №1,2,3,4,5,6, 7, 8,9,10,11,12, 13,14,15,16 Семестр № 1,2

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 32 зачетные единицы, 1152 час.

Вид учебной работы		Все го час ов	Семестры	
			№ 1	№ 2
1		2	3	4
Контактная работа (всего)		552	234	318
в том числе:				
- лекции (Л)		46	22	24
- практические занятия (ПЗ)		506	212	294
Самостоятельная работа (всего)		528	270	258
в том числе:				
- презентация разбора клинического случая		216	112	104
- составление и решение клинических кейсов		216	112	104
- другие виды работы (подготовка к занятиям, работа с литературными источниками, работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме и др.)		96	46	50
Вид промежуточной аттестации	экзамен	72	36	36
Общая трудоемкость (часы)		1152	540	612
Зачетные единицы		32	15	17

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	УК-1; УК-3 ОПК-7; ОПК-9	Основы общей врачебной практики (семейной медицины)	<i>Лекции:</i> Российское законодательство о здравоохранении и его задачи. ПМСП и организация общей врачебной практики в РФ. Вопросы медико-социальной экспертизы в работе ВОП/СВ <i>Практические занятия:</i> Основы организации общей врачебной практики. Медико-социальная экспертиза

2	ПК-2; ОПК-8	Диспансеризация и ДН как основные процессы оказания ПМСП	<i>Лекции:</i> Организация профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Организация диспансерного наблюдения». <i>Практические занятия:</i> Организация и проведение диспансеризации, профилактических медицинских осмотров. Организация и принципы диспансерного наблюдения пациента, группы диспансерного наблюдения
3	УК-1, ПК-2, ПК-5; ОПК-4;	Основные гериатрические синдромы	<i>Лекции:</i> Пожилый пациент в общей врачебной практике. <i>Практические занятия:</i> Скрининг и диагностика старческой астении. Саркопения и мальнутриция.

	ОПК-5		Полипрагмазия в пожилом возрасте. Падения и переломы в пожилом и старческом возрасте. Хронический болевой синдром. Деменция и делирий у лиц пожилого и старческого возраста.
4	УК-1, ПК-2, ПК-5; ОПК-4	Диагностика в ОВП	<i>Лекции:</i> Методы лабораторной, функциональной, эндоскопической, электрофизиологической и лучевой диагностики в работе ВОП/СВ <i>Практические занятия:</i> ЭКГ в диагностике заболеваний кардиологического профиля ЭХО-КС в общей врачебной практике
5	УК-1 ПК-2, ПК-4, ОПК-4; ОПК-5	Паллиативная помощь	<i>Лекции:</i> Оказание паллиативной помощи в условиях общей врачебной практики <i>Практические занятия:</i> Болевой синдром, купирование боли у взрослых и детей в общей врачебной практике Купирование тягостных симптомов в условиях общей врачебной практики
6	УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-8; ОПК-9	Внутренние болезни в ОВП	<i>Лекции:</i> Внебольничные пневмонии, рациональная антибиотикотерапия, тактика ведения пациента на до- и постгоспитальном этапах; Организация лечения больных с ИБС в ОВП. Тактика ведения больных с инфарктом миокарда. ОКС; Диспепсия; Запор; Инфекции мочевых путей; Анемический синдром. Тактика врача общей практики; Воспалительные заболевания суставов и позвоночника; Сахарный диабет 2 типа в ОВП; Диспансерное наблюдение пациентов <i>Практические занятия:</i> Патология сердечно-сосудистой системы в общей врачебной практике Болезни органов пищеварения и полости рта в общей врачебной практике. Болезни эндокринной системы в общей врачебной практике Болезни органов дыхания в общей врачебной практике Заболевания почек и мочевыводящих путей в общей врачебной практике Болезни крови и органов кроветворения в общей врачебной практике Заболевания опорно-двигательного аппарата в общей врачебной практике Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в ОВП

7	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-4; ОПК-4; ОПК -5; ОПК -8	Здоровье женщин	<i>Лекции:</i> Особенности профилактики заболеваний у женщин в Планирование семьи, контрацепция в ОВП <i>Практические занятия:</i> Обследование здоровых и больных женщин; Ведение физиологической беременности Менструальный цикл и его нарушения; Репродуктивное здоровье;
			Планирование семьи и контрацепция; Гинекологическая патология в ОВП; Климактерий и менопауза
8	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-4; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-7; ОПК -8; ОПК -9	Здоровье детей	<i>Лекции:</i> Здоровье детей. Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике семейного врача; <i>Практические занятия:</i> Наблюдение за здоровым ребенком по годам; Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача
9	УК -1, ПК -2 ПК -5, ПК-4; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8;	Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	<i>Лекции:</i> Острые респираторные инфекции и грипп в ОВП; Острые диареи в ОВП; Лихорадочные состояния и субфебрилитет в ОВП. Менингиты и энцефалиты в ОВП. Раннее и своевременное выявление туберкулеза. Профилактика туберкулеза. <i>Практические занятия:</i> Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий; Дифференциальный диагноз экзантем. Вирусные гепатиты в ОВП Особо опасные (карантинные) инфекции; Паразитарные болезни и основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе; Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом; Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП; Туберкулез органов дыхания и внелегочных локализаций у взрослых и детей: выявление, клиника, лечение и профилактика а, особенности у беременных
10	УК-1, ПК-2, ПК-4; ОПК-4; ОПК-5;	Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП	<i>Лекции:</i> Атопический дерматит в ОВП; <i>Практические занятия:</i> Болезни и состояния кожи встречающиеся в ОВП; Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в ОВП

11	УК-1, ПК -2, ПК -5 ПК -3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7;	Болезни нервной системы в ОВП	<i>Лекции:</i> ЦВБ и острые нарушения мозгового кровообращения в общей врачебной практике. Синдром головной боли. <i>Практические занятия:</i> Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы, встречающиеся в ОВП; Цереброваскулярная болезнь и когнитивные расстройства. Инсульт. Боль в спине. Головная боль. Головокружения. Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем; Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы.
12	УК-1, ПК-2, ПК-5 ОПК-4; ОПК-5;	Пациент с нарушением психики в ОВП	<i>Лекции:</i> Психическое здоровье: депрессивные и тревожные расстройства в ОВП. <i>Практические занятия:</i> Депрессивные расстройства в ОВП. Тревожные расстройства в ОВП. Острые состояния у пациентов с нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в ОВП; Профилактика психических расстройств и расстройств поведения.
13	УК-1, ПК -2 ПК -5; ОПК-4; ОПК-5;	Болезни уха, горла и носа в ОВП	<i>Лекции:</i> Патология носа и уха в ОВП. Болезни глотки и гортани в ОВП <i>Практические занятия:</i> Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с ЛОР-патологией Состояния/заболевания носа встречающиеся в ОВП. Состояния/заболевания уха, встречающиеся в ОВП. Состояния/заболевания горла, встречающиеся в ОВП. Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в ОВП.
14	УК-1, ПК-2, ПК-5; ОПК-4; ОПК-5;	Болезни глаз в ОВП	<i>Лекции:</i> Красный глаз в ОВП; Белый глаз в ОВП. <i>Практические занятия:</i> Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с патологией глаза. Нарушения рефракции. Красный глаз в ОВП; Белый глаз в ОВП. Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей; Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в ОВП

15	УК-1, ПК-2 ПК-5 ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8;	Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП	<i>Практические занятия:</i> Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка и основные синдромы и симптомы; Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР
16	УК-1, ПК-2, ПК-5; ОПК-4; ОПК-5;	Амбулаторная хирургия и травматология в практике семейного врача	<i>Лекции:</i> «Острый живот» в практике семейного врача. Амбулаторная травматология в практике семейного врача. <i>Практические занятия:</i> Амбулаторная анестезия Первичная хирургическая обработка раны. Хирургические состояния/заболевания, встречающиеся в ОВП Индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств Травмы, наиболее часто встречающиеся в ОВП Жизнеугрожающие состояния при травмах Методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях ОВП

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

№ п \ п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Семейная медицина	+	+	+		+											+
2	Телемедицинские и цифровые технологии в работе команды первичной медико-санитарной помощи	+	+		+	+	+										
3	Соматические аспекты инфекционной патологии	+	+	+	+		+			+		+					
4	Семья как пациент	+	+	+	+	+	+			+		+	+				
5	Льготное лекарственное обеспечение в работе семейного врача	+	+			+	+										
6	Реабилитация в амбулаторной практике	+	+	+		+	+			+		+					+
7	Доказательная медицина и методы обработки научной информации и в работе семейного врача		+	+	+		+	+	+	+		+					

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	СРС	Всего час

/					ОВ
1	2	3	4	5	6
1	Основы общей врачебной практики (семейной медицины)	4	8	18	30
2	Диспансеризация и диспансерное наблюдение как основные процессы оказания ПМСП	2	16	18	36
3	Основные гериатрические синдромы	2	20	14	36
4	Диагностика в ОВП	2	16	18	36
5	Паллиативная помощь	2	12	14	28
6	Внутренние болезни в ОВП	14	216	164	394
7	Здоровье женщин	2	20	32	54
8	Здоровье детей	2	34	62	98
9	Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	6	22	32	60
10	Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП	1	9	14	24
11	Болезни нервной системы в ОВП	2	27	18	47
12	Пациент с нарушением психики в ОВП	1	15	14	30
13	Болезни уха, горла и носа в ОВП	2	26	32	60
14	Болезни глаз в ОВП	2	26	32	60
15	Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП	-	13	14	27
16	Амбулаторная хирургия и травматология в	2	26	32	60
17	Вид промежуточной аттестации:	экзамен			72
	Итого:	46	506	528	1152

3.4. Тематический план лекций

№ п /	№ раздела дисциплин	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				сем. № 1	сем. № 2
1	2	3	4	5	6
1	1	Российское законодательство о здравоохранении и его задачи. ПМСП и организация общей врачебной практики в РФ	Введение. Основные формы организации общей врачебной практики. Общие принципы организации отделения общей практики на базе лечебно-профилактических учреждений. Основные нормативно-правовые документы. Юридические основы деятельности врача общей практики. Функции врача общей практики. Взаимодействие врача общей практики с узкими специалистами. Функции медицинской сестры врача общей практики. Принципы финансирования в общей	2	

			врачебной практике. Работа с населением и средствами массовой информации.		
2	1	Вопросы медико-социальной экспертизы	Принципы организации и проведения медико-социальной экспертизы, экспертизы временной нетрудоспособности пациентов в общей врачебной практике, алгоритм проведения экспертизы временной нетрудоспособности, определения показаний и оформления направления на медико-социальную экспертизу в практике семейного врача.	2	
3	2	Организация профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения	Технологии выявления ХНИЗ Медицинский скрининг: дефиниции, виды. Показания, критерии оценки. Общие принципы организации профилактического медицинского осмотра и диспансеризация определенных групп взрослого населения и задачи ВОП.	1	
4	2	Организация диспансерного наблюдения	Определение и организация ДН в работе ВОП/СВ, цели и задачи. Контингенты ДН. Содержание диспансерного приема. Роль участковых врачей и специалистов при проведении ДН.	1	
5	3	Пожилой пациент в общей врачебной практике	Старость, старение и здоровье. Понятие о гериатрических синдромах. Концепция старческой астении и комплексной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Задачи врача общей практики при оказании помощи лицам пожилого и старческого возраста. профилактика преждевременного старения.	2	
6	4	Методы лабораторной, функциональной, эндоскопической, электрофизиологической и лучевой диагностики	Методы обследования в ОВП. Лабораторная диагностика. Функциональная диагностика. Портативная медицинская техника.	2	

7	5	Основы оказания паллиативной помощи в условиях ОВП	Принципы обследования, диагностики и лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, СПИД, неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития	2	
8	6	Внебольничные пневмонии, рациональная антибиотикотерапия, тактика ведения пациента на до- и постгоспитальном этапах	Актуальность темы для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии пневмоний и профилактика на современном этапе. Диф.диагностика. Выбор антибактериальных препаратов. Тактика ВОП. Роль МСОП. ПМП и НП, организация лечения в условиях ОВП. Диспансерное наблюдение и реабилитация.	1	
9	6	Организация лечения больных с ИБС в ОВП	Актуальность темы для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии ИБС и профилактика на современном этапе. Диф.диагностика ИБС в ОВП.	3	
10	6	Тактика ведения больных миокарда. ОКС	Инфаркт миокарда. ОКС. Диагностика в условиях ОВП. ЭКГ. Тактика ВОП. Роль МСОП. ПМП и НП, организация лечения в условиях ОВП. Диспансерное наблюдение и реабилитация.	2	
11	6	Диспепсия	Актуальность. Причины диспепсии. Факторы риска. Дифференциальная диагностика. Источники неверного диагноза. Алгоритм обследования, врачебная тактика. Случаи, требующие консультации других специалистов. Ведение пациента и организация лечения в условиях ОВП.	1	
12	6	Запор	Актуальность. Причины. Факторы риска.	1	
			Дифференциальная диагностика. Источники неверного диагноза. Алгоритм обследования, врачебная тактика. Случаи, требующие консультации других специалистов. Ведение пациента и организация лечения в условиях ОВП.		
13	6	Инфекции мочевых путей	Эпидемиология ИМВП. Классификация. Этиология и антибиотикорезистентность. Основные патогенетические факторы. Этиологическая диагностика. Острый цистит. Острый пиелонефрит. Классификация. Диагностика острого пиелонефрита. Лечение острого пиелонефрита. Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей. Инфекция мочевых путей у беременных. Инфекция мочевых путей у женщин в постменопаузе. Бессимптомная бактериурия. Инфекции мочевых путей у пожилых. Инфекция мочевых путей у больных сахарным	1	

			диабетом.		
14	6	Анемический синдром. Тактика врача общей практики	Определение анемического синдрома. Постгеморрагические анемии. Железодефицитная анемия. Гемолитические анемии. Мегалобластные анемии. Апластические анемии. Сидероахрестическая анемия. Анемия при свинцовом отравлении. Анемия при беременности. Анемии при хронических заболеваниях	1	
15	6	Воспалительные заболевания суставов и	Введение – актуальность. Классификация. Особенности патоморфологии и патогенеза воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. Клинические проявления при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника. Дифдиагноз. Организация ведения пациентов в условиях ОВП. Показания к направлению больного к ревматологу. Показания к оперативному лечению при остеоартрозе. Профилактика.		1
16	6	Сахарный диабет 2 типа в ОВП	Актуальность проблемы. Определение понятия, классификация. Критерии диагностики в условиях ОВП. Комплексное лечение пациентов, цели лечения. Целевые показатели сахара крови. Профилактика.		2
17	6	Диспансерное наблюдение пациентов с заболеваниями	Актуальность темы. Факторы риска. Диспансерное наблюдение пациентов с бронхиальной астмой и ХОБЛ в условиях ОВП. Взаимодействие ВОП и пульмонолога.		1
18	7	Особенности профилактики заболеваний женщин в менопаузе	Климактерий и менопауза, дефиниции. Особенности поведения женщины. Факторы риска ХНИЗ у женщин. Заместительная гормональная терапия и женское здоровье. Формирование ЗОЖ и здоровье женщин в период менопаузы.		1

19	7	Планирование семьи, контрацепция в	Актуальность темы. Репродуктивное поведение в семье. Определение контрацепции. Медицинские показания. Методы контрацепции. Роль ВОП в планировании семьи		1
20	8	Здоровье детей	Задачи семейного врача при оказании помощи детскому населению. Периоды детского возраста. Актуальность темы. Физиологические особенности новорожденного (адаптация, иммунитет и др.). Анатомо-физиологические особенности органов и систем. Критические периоды иммунной системы. Критические периоды в психологии детского возраста. Оценка состояния здоровья детей. Организация работы СВ с детским населением.		1
21	8	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике семейного врача	Критерии комплексной оценки состояния здоровья детей. Особенности онтогенеза. Оценка Физического развития. Биологический возраст. Оценка нервно-психического развития. Уровень резистентности организма. Оценка функционального состояния. Группы здоровья. Заключение.		1
22	9	Острые респираторные инфекции и грипп в ОВП	Актуальность. Этиология. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагноз и дифференциально-диагностический ряд. Организация оказания медицинской помощи в ОВП. Лечение. Профилактика.		2
23	9	Острые диареи в ОВП;	Актуальность. Этиология. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагноз и дифференциально-диагностический ряд. Организация оказания медицинской помощи в ОВП. Лечение. Профилактика		1
24	9	Лихорадочные состояния и	Актуальность. Определение понятий. Классификация. Дифференциально-диагностический ряд: Этиология. Факторы риска. Алгоритм диагностики. Организация оказания медицинской помощи в ОВП. Лечение. Профилактика.		1
25	9	Менингиты и энцефалиты в	Актуальность. Этиология. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагноз и дифференциально-диагностический ряд. Организация оказания медицинской помощи в ОВП. Лечение. Профилактика.		1

26	9	Раннее и своевременное выявление туберкулеза. Профилактика туберкулеза.	Введение. Раннее выявление туберкулеза, определение, основной метод. Показания, противопоказания для проведения пробы Манту с 2ТЕ, оценка пробы. Диаскинтест. Своевременное выявление туберкулеза, ФГ как основной метод выявления туберкулеза у взрослых. Профилактика туберкулеза, разделы. Специфическая профилактика туберкулеза		1
27	10	Атопический дерматит в ОВП	Основы пропедевтики в дерматологии. Актуальность темы .Этиология атопического дерматита. Эпидемиология. Факторы риска атопии. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагноз и дифференциально-диагностический ряд. Организация оказания медицинской помощи в ОВП. Лечение. Профилактика атопического дерматита.		1
28	11	ЦВБ и острые нарушения мозгового кровообращения в ОВП	Актуальность. Этиопатогенез. Эпидемиология. Клиническая классификация и проявления ЦВБ. организация медицинской помощи. Классификация ОНМК. Дифференциальный диагноз ОНМК в условиях ОВП. Помощь на догоспитальном этапе в условиях ОВП. Помощь на постгоспитальном этапе, реабилитация пациентов в условиях ОВП.		1
29	11	Синдром головной боли	Введение. Классификация головных болей. Диагностика первичных вторичных головных болей. Характеристика головных болей при различных заболеваниях: 1. Мигрень. 2. Головные боли напряжения. 3. Кластерная боль. 4. Головные боли при объемном процессе головного мозга. 5. Головные боли, вызванные злоупотреблением лекарственных препаратов.6. Посттравматические головные боли.		1
30	12	Психическое здоровье: депрессивные и тревожные расстройства в ОВП	Актуальность темы для ВОП/СВ. Факторы риска развития психических заболеваний. Тревожно-депрессивные расстройства в ОВП. Особенности эпидемиологии и профилактики на современном этапе.Клиническая классификация. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика. Диагностика в условиях ОВП. Тактика ВОП. ПМП и организация		1

			лечения в условиях ОВП.		
31	13	Патология носа и уха в ОВП	Актуальность темы для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии и профилактика на современном этапе. Клиническая классификация. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и др.		1
32	13	Болезни глотки и гортани в ОВП	Актуальность темы для ВОП/СВ. Особенности эпидемиологии и профилактика на современном этапе. Клиническая классификация. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и др. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика. Диагностика в условиях ОВП. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. Показания для консультации узкого специалиста		1
			консультации узкого специалиста		
33	14	Красный глаз в	Актуальность темы для ВОП/СВ. Дифференциально-диагностический ряд. Особенности эпидемиологии и профилактика на современном этапе. Клиническая классификация. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и др. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика. Диагностика в условиях ОВП. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. Показания для консультации узкого специалиста		1
34	14	Белый глаз в ОВП	Актуальность темы для ВОП/СВ. Дифференциально-диагностический ряд. Особенности эпидемиологии и профилактика на современном этапе. Клиническая классификация. Клинические проявления в зависимости от тяжести, возраста и физиологического состояния организма и др. Особенности патогенеза и патоморфологии. Дифдиагностика. Диагностика в условиях ОВП. Тактика ВОП. ПМП и организация лечения в условиях ОВП. Показания для		1

			консультации узкого специалиста		
35	16	«Острый живот» в практике семейного врача	Задачи и организация работы ВОП/СВ при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с наиболее часто встречающимися хирургическими состояниями/заболеваниями в ОВП. Абдоминальный синдром: дифференциально- диагностический ряд. Алгоритм действий врача при абдоминальном синдроме.		1
36	16	Амбулаторная травматология в практике семейного врача	Задачи и организация работы ВОП/СВ при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с наиболее часто встречающимися состояниями/заболеваниями по профилю травматология в ОВП. Дифференциально-диагностический ряд. Алгоритм действий врача.		1
Итого:				22	24

3.5. Тематический план практических занятий

№ п / п	№ разд ел а дисц ип лины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкост ь (час)	
				сем. № 1	сем. № 2
1	2	3	4	5	6
1	1	Основы организации общей врачебной практики	Раскрывается общая характеристика специальности в соответствии с действующими нормативными актами Обсуждаются роль, место и задачи ВОП (СВ) в современной системе ПМСП Обсуждаются вопросы профессиональной	4, из них на прак ти ческ ую подг от	
			характеристики и обязанностей (трудовых функций) ВОП Ознакомление с требованиями профессионального стандарта Основные трудовые функции ВОП (СВ) Практическая подготовка: Обсуждение организационно-функциональных моделей ОВП, решение ситуационных задач	овк у 2 час	

2	1	Медико-социальная экспертиза	Обсуждается методика написания направления пациента на МСЭ Практическая подготовка: решение ситуационных задач, заполнение направления на МСЭ	4, из них на практическую подготовку 2 час	
3	2	Организация и проведение диспансеризации и , профилактических медицинских осмотров	Обсуждаются актуальные нормативные документы, определяющие проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, задачи участкового врача; критерии факторов риска ХНИЗ и оценки сердечно-сосудистого риска; критерии групп здоровья; определение понятия диспансеризация, профилактический медицинский осмотр; цели и задачи диспансеризации и профилактических медицинских осмотров Практическая подготовка: Отрабатываются правила вынесения заключения по анкете диспансеризации; алгоритм онкологической составляющей врачебного осмотра, алгоритм краткого профилактического консультирования. Решение ситуационных задач	8, из них на практическую подготовку 4 час	
4	2	Организация и принципы диспансерного наблюдения пациента, группы диспансерного наблюдения	Обсуждаются актуальные нормативные документы, определяющие проведение диспансерного наблюдения и задачи участкового врача при проведении ДН; определение понятия диспансерного наблюдения; цели и задачи диспансерного наблюдения. Практическая подготовка: Отрабатываются практические навыки в соответствии; алгоритмом диспансерного приема; правилами оформления документации по проведению диспансерного наблюдения, алгоритмом краткого профилактического консультирования. Решение ситуационных задач	8, из них на практическую подготовку 4 час	
5	3	Скрининг и диагностика старческой	Обсуждаются положения концепции здорового старения и задачи участковой службы в системе гериатрической помощи на современном этапе в	4, из них на практики	

		астении	РФ; рассматривается, клиника, критерии и этапы диагностики старческой астении, особенности кодирования заболевания/состояния, алгоритм ведения пациента с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития; изучаются подходы к профилактике старческой астении и функционального спада Практическая подготовка: отработка навыка	чек ую подг от овку 2 час	
			скрининга на старческую астению и базовую функциональную активность, а также навыка интерпретации полученных результатов на основе алгоритма ведения лиц 60+ в соответствии с клиническими рекомендациями по старческой астении; решение ситуационных задач		
6	3	Саркопения и мальнутриция	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам и задачи ВОП/СВ; рассматриваются факторы риска, эпидемиологии, клиника, диагностика, особенности кодирования заболевания, профилактика и тактика ведения в амбулаторных условиях пациентов с саркопенией и мальнутрицией Практическая подготовка: по организации скрининга и маршрутизации пациента в условиях ОВП. Решение ситуационных задач	3, из них на прак ти ческ ую подг от овку 1 час	
7	3	Полипрагмазия в пожилом возрасте	Обсуждаются особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов и риски нежелательных побочных реакций в пожилом и старческом возрасте рассматривается понятие полипрагмазии, инструменты ее выявления и предупреждения нежелательных побочных реакций в пожилом и старческом возрасте; рассматриваются принципы и правила назначения лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте Практическая подготовка:	4, из них на прак ти ческ ую подг от овку 2 час	

			формируются навыки подбора дозы лекарственных средств с учетом оценки функции печени и почек пациента и его гериатрического статуса отрабатываются навыки эффективного общения с пациентами пожилого и старческого возраста, их родственниками и опекунами. Решение ситуационных задач		
8	3	Падения и переломы в пожилом и старческом возрасте	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам и задачи ВОП/СВ на современном этапе; Рассматриваются факторы риска, классификация, особенности кодирования заболевания/состояния, критерии и этапы диагностики и принципы ведения пациента с риском переломов и падений и остеопорозом в амбулаторных условиях. Изучаются подходы к организации лечения пациента с остеопорозом с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики. рассматриваются современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов Практическая подготовка: по организации скрининга и маршрутизации пациента в условиях ОВП. Решение ситуационных задач	3, из них на практике 1 час	

9	3	Хронический болевой синдром	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме хроническая боль у пожилых и лиц старческого возраста и задачи ВОП/СВ на современном этапе; рассматриваются факторы риска, клинику, классификацию, особенности кодирования заболевания, критерии и этапы диагностики и принципы ведения пациента с хроническим болевым синдромом в амбулаторной практике врача; изучаются подходы к организации и проведению лечения пожилого пациента с хроническим болевым синдромом с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики Практическая подготовка: по оценке боли и интерпретации полученных результатов. Решение ситуационных задач	3 час, из них на практическую подготовку от 1 час	
10	3	Деменция и делирий у лиц пожилого и старческого возраста.	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических особенностей кодирования заболевания, критерии и этапы диагностики, изучить подходы к организации оказания медицинской помощи пациентам с деменцией и делириозными состояниями в пожилом и старческом возрасте с применением основных положений актуальных рассмотреть современные инструменты профилактики деменции и делирия в пожилом и старческом возрасте, и принципы профилактического консультирования пациентов Практическая подготовка: по организации скрининга и маршрутизации пациента в условиях ОВП. Решение ситуационных задач	3 час, из них на практическую подготовку от 1 час	
11	4	ЭКГ в диагностике заболеваний кардиологического профиля	Обсуждается ЭКГ при различных заболеваниях кардиологического профиля Практическая подготовка: Проводится выполнение навыка снятия ЭКГ и интерпретация результатов исследования, решение ситуационных задач	12 час, из них на практическую подготовку	

				подг от овк у 8 час	
12	4	ЭХО-КС общеврачебной	в Обсуждается роль ЭХО-КС в постановке диагноза у пациентов в общеврачебной практике	4 час, из них на	
		практике	Практическая подготовка: Проводится интерпретация результатов исследования, решение ситуационных задач	прак ти ческ ую подг от овку 2 час	
13	5	Болевой синдром, купирование боли у взрослых и детей в общей врачебной практике	Оценка интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли пациентов. Контроль интенсивности боли и других тягостных для пациента симптомов. Обследование, установление диагноза, назначение лечения и процедур паллиативного ухода за пациентами в терминальной стадии неизлечимых заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Выписка рецептов лекарственных средств, в том числе содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю Практическая подготовка: Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.	6 час, из них на прак ти ческ ую подг от овку 3 час	

14	5	Купирование тягостных симптомов	Контроль интенсивности тягостных для пациента симптомов. Обследование, установление диагноза, назначение лечения и процедур паллиативного ухода за пациентами в терминальной стадии неизлечимых заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Практическая подготовка: Разработать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи пациентам, с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, а также индивидуальных потребностей пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Решение ситуационных задач.	6 час, из них на прак ти ческ ую подг от овку 3 час	
15	6	Патологи я сердечно - сосудист ой системы в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний Составляется план диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых сердечно-сосудистых состояний/заболеваний, встречающихся в ОВП	27 час, из них на прак ти ческ ую под гот овку	

			Дается краткая характеристика наиболее частых поражений сердца, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с кардиологической патологией) по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.	14 час	
16	6	Болезни органов пищеварения и практики	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения Составляется план диагностики заболеваний органов пищеварения в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний органов пищеварения, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений пищеварительной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях органов пищеварения и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков освоение манипуляций (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с гастроэнтерологической патологией), освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.	27 час, из них на практическую подготовку 12 час	

17	6	Болезни эндокринной системы в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний эндокринной системы. Составляется план диагностики заболеваний эндокринной системы в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний эндокринной системы,	27час, из них на практическую подготовку	
			встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений эндокринной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях эндокринной системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.	14 час	
18	6	Болезни органов дыхания в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний дыхательной системы. Составляется план диагностики заболеваний дыхательной системы в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний дыхательной системы, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений дыхательной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний дыхательной системы в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практического навыка пикфлоуметрии), освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.	27 час, из них на практическую подготовку 14 час	

19	6	Заболевания почек и мочевыводящих путей в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей Составляется план диагностики заболеваний почек и мочевыводящих путей в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений почек и мочевыводящих путей, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики	27 час, из них на практическую подготовку 14 час	
			наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях почек и мочевыводящих путей и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		
20	6	Болезни крови и органов кроветворения в общей врачебной практике	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения в конкретной клинической ситуации Составляется план диагностики заболеваний крови и органов кроветворения в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.	5 час	22 час, из них на практическую подготовку 14 час

21	6	Заболевания опорно-двигательного аппарата в практике	Характеризуются основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых ревматических заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается краткая характеристика наиболее частых скелетно-мышечных заболеваний, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику, встречающихся в ОВП, в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		27 час, из них на практическую подготовку отводится 14 час
22	6	Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике	Характеризуются основные симптомы и синдромы аллергических поражений, включая аллергические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых аллергических заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики аллергических заболеваний/состояний в ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		27 час, из них на практическую подготовку отводится 14 час
23	7	Обследование здоровых и больных женщин в условиях ОВП	Приводится план обследования здоровых и больных женщин в условиях ОВП Методы обследования (жалобы, оценка менструальной функции, акушерский анамнез, анамнез половой жизни, гинекологический анамнез, скрининг домашнего насилия; дети; физикальное исследование- исследование в зеркалах, бимануальное исследование, ректальное исследование; тест на беременность, пап-тест, микроскопическое исследование мазков из уретры, микробиологическое исследование, исследование цервикальной слизи Практическая подготовка: Отработка навыков и манипуляций по алгоритму, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практическую подготовку отводится 1 час

24	7	Ведение физиологическо й беременности	Роль врача общей практики (семейной медицины) в оказании медицинской помощи беременным. Маршрутизация беременных. Порядок и стандарты оказания помощи пациентам акушерского профиля. Физиология беременности, биомеханизм родов. Диагностика беременности: признаки беременности, методы обследования беременных, определение срока беременности Медицинские противопоказания к сохранению беременности. Диспансерное наблюдение за беременными. Экспертиза трудоспособности при нормальной и осложненной беременности. Тактика ведения в критические периоды, показания для госпитализации. Методы оценки функционального состояния плода. Физиологические роды. Причины наступления. Периоды родов. Клиника и принципы ведения родов. Биомеханизм родов. Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов. Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения;		3 час, из них на практическую подготовку 2 час
			Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз»,диагностика, тактика ведения; Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов:преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика. Практическая подготовка: Отрабатываются навыки по алгоритму. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		
25	7	Менструальный цикл и его нарушения	Регуляция функции яичников. Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система. Нормальный менструальный цикл. Нарушения менструального цикла. Классификация. Этиология. Патогенез. Степени тяжести. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения. Тактика ВОП (СВ) Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		2 час, из них на практическую подготовку 1 час

26	7	Репродуктивное здоровье	Профилактика репродуктивных нарушений в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практическую подготовку отовку 1,5 час
27	7	Планирование семьи и контрацепция	Консультации по вопросам планирования семьи, психологии семейных отношений, социальных, медико-генетических и медико-сексуальных проблем семейной жизни, контрацепции. Методы лабораторной и инструментальной диагностики семейной пары перед планируемой беременностью. Современные методы контрацепции: критерии выбора, категории приемлемости. Роль генетической консультации; Аборт и его социальное значение. Бесплодный брак. Мужское и женское бесплодие, причины. Алгоритмы обследования. Современные пути преодоления бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. Осложнения вспомогательных репродуктивных технологий. Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практическую подготовку отовку 1,5 час
28	7	Гинекологическая практика	Актуальные гинекологические проблемы в условиях ОВП: - Воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология. Группы риска. Классификация. Диагностика. Диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отдела женских половых органов. - Эндометриозная болезнь. Миома матки. - Опухоли яичников. Группы риска.		3 час, из них на практическую подготовку отовку 2 час

			Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. - Доброкачественные состояния шейки матки. - Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг. - Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг. Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		
29	7	Климактерий и	Физиология и патология пери- и постменопаузы. Климактерический синдром. Классификация. Диагностика. Методы лечения. Принципы гормональной заместительной терапии Практическая подготовка: Отработка навыков. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практику 1 час
30	8	Наблюдение за ребенком по годам	Приводится план наблюдения за здоровым ребенком по годам в условиях ОВП Практическая подготовка: Отработка практических навыков. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		17 час, из них на практику 10 час
31	8	Тактика ведения ребенка с фоновыми и	Обсуждается тактика ведения ребенка с основными фоновыми и патологическими состояниями семейным врачом на общеврачебном участке в конкретных клинических ситуациях Практическая подготовка: Отрабатывается навык сердечно-легочной реанимации ребенка в условиях ОВП. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		17 час, из них на практику 10 час

32	9	Дифференциальный диагноз лимфоаденопатий	Обсуждаются основные заболевания, протекающие с лимфоаденопатией в рамках дифференциального диагноза. Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков дифференциальной диагностики лимфоаденопатий. Составление клинического кейса		2 час, из них на практическую подготовку отводится 1 час
33	9	Дифференциальный диагноз экзантем	Обсуждаются основные заболевания, протекающие с экзантемами в рамках дифференциального диагноза. Практическая подготовка: Проводится дифференциальная диагностика заболеваний с экзантемами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку отводится 2 час
34	9	Вирусные гепатиты	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика,		3 час, из них на
		общей врачебной практике	лечение, тактика ведения пациентов с вирусными гепатитами врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с вирусными гепатитами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		практическую подготовку отводится 2 час
35	9	Особо опасные (карантинные) инфекции	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с особо опасными (карантинными) инфекциями врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с особо опасными карантинными инфекциями в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		2 час, из них на практическую подготовку отводится 1 час

36	9	Паразитарные болезни и инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение и тактика ведения пациентов с паразитарными болезнями и основными инфекциями, наиболее часто встречающимися в популяции и в регионе врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с паразитарными болезнями и основными инфекциями, наиболее часто встречающимися в популяции и в регионе в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку отводится 1 час
37	9	Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с наиболее частыми инфекциями у больных со сниженным иммунитетом врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с наиболее частыми инфекциями у больных со сниженным иммунитетом в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку отводится 2 часа
38	9	Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в практике	Виды профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП. Законодательная и нормативная база по иммунопрофилактике инфекционных болезней. Виды препаратов для вакцинопрофилактики. Основные прививки национального календаря. Порядок проведения вакцинации. Противопоказания к вакцинации. Нормальный и осложненный вакцинальный процесс. Практическая подготовка: Определяется порядок проведения вакцинации на общеврачебном участке – организация, планирование, проведение вакцинации командой		3 час, из них на практическую подготовку отводится 2 часа
			врача общей практики. Решение ситуационных задач		

39	9	Туберкулез органов дыхания и особенности	и у	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с туберкулезом органов дыхания и внелёгочных локализаций врачом общей практики в условиях ОВП. Методика выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых, организация и планирование. Профилактики туберкулеза в ОВП, роль ВОП/СВ. Практическая подготовка: Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку отводится 1 час
40	10	Болезни практики	и	Освещаются основные факторы риска кожных заболеваний Дается краткая характеристика болезней и состояний кожи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ). Дается обзор консервативных методов лечения, применяемых в условиях ОВП Характеризуются основные методы профилактики кожных болезней в ОВП Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра невуса ВОП/СВ. Решение ситуационных задач		4, из них на практическую подготовку отводится 2 час
41	10	Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в общей врачебной практике		Освещаются основные факторы риска инфекций, передающихся половым путем. Дается их краткая характеристика Обсуждаются основные методы профилактики инфекций, передающихся половым путем в ОВП Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с наиболее распространенными инфекциями, передающимися половым путём, в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		5 час, из них на практическую подготовку отводится 3 час
42	11	Основные симптомы, синдромы практики	и	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний нервной системы Кратко характеризуются основные симптомы, синдромы заболевания нервной системы встречающиеся в ОВП Составляется план диагностики заболеваний/состояний нервной системы в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений нервной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку отводится 3 час

43	11	Цереброваскулярная болезнь и когнитивные расстройства.	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с цереброваскулярной болезнью и когнитивными		4 час, из них на практику
		Инсульт	расстройствами, инсультом в ОВП. Экстренная и неотложная помощь. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с цереброваскулярной болезнью, когнитивными расстройствами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		ю подгот овк у 2 час
44	11	Боль в спине	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с болью в спине в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с болью в спине в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практику ческ ую подг от овк у 2 час
45	11	Головная боль	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с головной болью в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с головной болью в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практику ческ ую подг от овк у 1 час
46	11	Головокружение	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с головокружением в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с болью головокружением в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практику ческ ую подг от овк у 2 час

47	11	Поражения нервной системы, связанные с	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с поражением нервной системы, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с поражением нервной системы, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку отводится 2 час
48	11	Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку отводится 2 час
49	12	Депрессивные расстройства в практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при депрессивных расстройствах в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов при депрессивных расстройствах в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку отводится 2 час
50	12	Тревожные расстройства в практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при тревожных расстройствах в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов при тревожных расстройствах в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку отводится 2 час

51	12	Острые состояния пациентов здоровья помощь в общей врачебной практике	у с и	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях у пациентов с нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях у пациентов с нарушениями психического здоровья и тактикой оказания неотложной помощи в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
52	12	Профилактика психических расстройств поведения	и	Освещаются основы профилактики психических расстройств и расстройств поведения факторы риска, , тактика ведения пациентов при острых состояниях у пациентов с нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика профилактики психических расстройств и расстройств		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
				поведения у пациентов в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		
53	13	Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам	с	Обсуждается, как должно быть организовано рабочее место врача общей практики, для оказания помощи пациентам с ЛОР-патологией Практическая подготовка: В смоделированных условиях организуется рабочее место ВОП/СВ для оказания помощи пациентам с ЛОР-патологией ВОП/СВ. Решение ситуационных задач		6 час, из них на практическую подготовку 4 час

54	13	Состояния/заболевания носа встречающиеся в общей врачебной практике	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых объемных образований шеи, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Демонстрируются основные хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра полости носа, а также определяется тактика ведения пациентов при заболеваниях носа в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		5 час, из них на практическую подготовку отводится 3 час
55	13	Состояния/заболевания уха, встречающиеся в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при состояниях/заболеваниях уха, наиболее часто встречающихся в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра уха, а также определяется тактика ведения пациентов при заболеваниях уха в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП.		5 час, из них на практическую подготовку отводится 3 час
56	13	Состояния/заболевания горла, встречающиеся в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при состояниях/заболеваниях горла, наиболее часто встречающихся в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра горла, а также		5 час, из них на практическую подготовку отводится 3 час
			определяется тактика ведения пациентов при заболеваниях горла в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		

57	13	Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра носа, уха, горла ВОП/СВ. Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		5 час, из них на практическую подготовку 3 час
58	14	Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с патологией глаза	Обсуждается, как должно быть организовано рабочее место врача общей практики, для оказания помощи пациентам с патологией глаза Практическая подготовка: В смоделированных условиях организуется рабочее место ВОП/СВ с целью оказания помощи пациентам с патологией глаза. Решение ситуационных задач		6 час, из них на практическую подготовку 4 час
59	14	Нарушения рефракции	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, тактика коррекции нарушений зрения при различных типах нарушения рефракции врачом общей практики. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка коррекции зрения, подбора очков в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 3 час
60	14	Красный глаз в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика при синдроме красного глаза, тактика ведения пациентов в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов при синдроме красного глаза в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 3 час

61	14	Белый глаз в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика при синдроме белого глаза, тактика ведения пациентов в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов при синдроме белого глаза в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практику 3 час
62	14	Поражения глаз, связанные с заболеваниями /с остостояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с поражением глаз, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов с поражением глаз, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практику 3 час
63	14	Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практику 3 час

64	15	Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка и основные синдромы и симптомы	Обсуждаются основные методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка. Кратко характеризуются основные симптомы, синдромы поражения зубов, пародонта, СОПР и языка. Методика написания зубной формулы. Нормальное состояние пародонта. Методика осмотра. Нормальное состояние СОПР. Методика осмотра. Характеризуются основные объемные образования шеи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ). Практическая подготовка: Отрабатывается навык обследования зубов, пародонта, СОПР и языка Написание зубной формулы. Решение ситуационных задач		8, из них на практическую подготовку от овк у 4 час
65	15	Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР	Обсуждаются основные принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР Практическая подготовка Отрабатывается навык обследования зубов, пародонта, СОПР и языка Написание зубной формулы		5, из них на практическую подготовку от овк у 4 час
66	16	Амбулаторная анестезия	Обсуждаются следующие вопросы индивидуальной тактики ведения пациента при амбулаторной анестезии. Премедикация. Лекарственные препараты для анестезии. Методы анестезии (Местная инфильтрационная анестезия.		4, из них на практическую подготовку подгот
			Региональная проводниковая анестезия кисти по Лукошевичу-Оберсту, стопы). Седация под контролем сознания Практическая подготовка: отрабатывается навык проведения инфильтрационной анестезии перед проведением первичной хирургической обработкой раны		овк у 3 час
67	16	Первичная хирургическая обработка раны	Обсуждается алгоритм первичной хирургической обработки раны Практическая подготовка: отрабатывается навык проведения первичной хирургической обработки раны в симулированных условиях		4, из них на практическую подготовку от овк

					у 4 час
68	16	Хирургические состояния/заболевания, встречающиеся в общей врачебной практике	Этиопатогенез распространенных синдромов и заболеваний и факторы риска). Индивидуальная тактика ведения пациента при хирургических состояниях/заболеваниях, встречающиеся в ОВП. Практическая подготовка: определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с хирургическими состояниями/заболеваниями в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4, из них на практическую подготовку отовк у 3 час
69	16	Индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств	Обсуждается индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств Практическая подготовка: определяется индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3, из них на практическую подготовку отовк у 2 час
70	16	Травмы, наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике	Факторы риска, этиопатогенез распространенных травм, наиболее часто встречающиеся в ОВП. Тактика ведения пациента при травмах, наиболее часто встречающихся в ОВП. Практическая подготовка: отрабатывается навык оказания врачебной помощи пациентом с травмой ВОП/СВ, определяется тактика ведения пациентов при травмах в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4, из них на практическую подготовку отовк у 3 час
71	16	Жизнеугрожающие состояния при травмах	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при жизнеугрожающих состояниях при травмах в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык оказания врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях при травмах ВОП/СВ. Определяется тактика ведения пациентов при жизнеугрожающих состояниях,		3, из них на практическую подготовку отовк у 2 час

			связанных с травмами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		
7 2	16	Методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях общей врачебной практики	Обсуждаются методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях ОВП Практическая подготовка Отрабатывается навык оказания врачебной помощи в лечении/диагностике/реабилитации пациентов с травмами в условиях ОВП. Решение ситуационных задач.		4, из них на практическую подготовку 3 час
Итого:				212	294

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п / п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1 семестр	Основы общей врачебной практики (семейной медицины)	Подготовка к занятиям: решение тестовых заданий и ситуационных задач по теме; подготовка к ответам на контрольные вопросы	18
2		Диспансеризация и диспансерное наблюдение как основные процессы оказания ПМСП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, подготовка обзора научной литературы по заданной теме	18
3		Основные гериатрические синдромы	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, подготовка обзора научной литературы по заданной теме	14
4		Диагностика в ОВП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение	18

			алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, подготовка обзора научной литературы по заданной теме	
5		Паллиативная помощь	Работа с контрольными вопросами и тестовыми заданиями по теме, решение ситуационных задач	14
6		Внутренние болезни в ОВП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на	164
			контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, составление клинических кейсов, подготовка обзора научной литературы по заданной теме. Презентация разбора клинического случая	
7		Здоровье женщин	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач	24
Итого часов в семестре:				270
1	2 семестр	Здоровье женщин	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач	8
2		Здоровье детей	Клинические кейсы Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	30 32
3		Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП	Презентация разбора клинического случая Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	12 20

4		Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач	14
5		Болезни нервной системы в ОВП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов и отработка практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, составление клинических кейсов, подготовка обзора научной литературы по заданной теме. Презентация разбора клинического случая	18
6		Пациент с нарушением психики в ОВП	Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	14
7		Болезни уха, горла и носа в ОВП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов и отработка практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, составление клинических кейсов, подготовка обзора научной литературы по заданной теме. Презентация разбора клинического случая	32
8		Болезни глаз в ОВП	Подготовка к занятиям: подготовка к ответам на контрольные вопросы, изучение алгоритмов практических навыков, решение тестовых заданий, и ситуационных задач, составление клинических кейсов, подготовка обзора научной литературы по заданной теме. Презентация разбора клинического случая	32

9	Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП	Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме	14
10	Амбулаторная хирургия и травматология в практике семейного врача	Работа с контрольными вопросами, ситуационными задачами и тестовыми заданиями по теме. Отработка навыков	32
Итого часов в семестре:			258
Всего часов на самостоятельную работу:			528

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	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р-Медиа, 2020.	7	+ ЭБС Консультант врача
2	Клиническая фармакология: нац. руководство	ред. Ю. Б. Белоусов [и др.].	ГЭОТАР-Медиа, 2014 https://www.rosminlib.ru/book/ISBN9785970428108.html	4	+ ЭБС Консультант врача

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	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017	10	-

2	Отказ от курения: оказание медицинской помощи врача	Григорович М.С., Вычугжани на Е.Ю.	Гэотар, 2017. http://www.osmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html		+ Э Б С Консультант врача
3	Акушерство [Комплект]: национальное руководство	ред. Э. К. Айламазян [и др.].	М.: "ГЭОТА Р- Медиа", 2013.	2	+ Э Б С Консультант врача
4	Дерматовенеро логия [Электронный ресурс]: национальное руководство	под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 2014. ml		+ Э Б С Консультант врача
5	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html	2	+ Э Б С Консультант врача
6	Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Е.И. Гусева, А. Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт.	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html		+ Э Б С Консультант врача
7	Оториноларинг ология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 2014.		+ Э Б С Консультант врача

	ресурс]				
8	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 2014. ml	1	+ Э Б С Консульт ант врача
9	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 2016.	3	+ Э Б С Консульт ант врача
10	Гастроэнтероло гия [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 2015. ml		+ Э Б С Консульт ант врача
11	Герiatrics: национальное руководство [Электронный ресурс]	Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 2018	14+10	+ Э Б С Консульт ант врача

4.2. Нормативная база

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. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.12.2020 N 44 (ред. от 14.04.2022) "Об утверждении санитарных правил СП 2.1.3678-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.12.2020 N 61953)
5. 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
6. Приказ Минздравсоцразвития России №325 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)»
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 112 от 21 марта 2003 г. «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики».
8. Приказ № 402 от 12 августа 2003 года «Об утверждении и введении в действие первичной

медицинской документации ВОП»;

9. Приказ Минздрава России от 26.08.1992 № 237 "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)
10. Клинические рекомендации Минздрава РФ [//www.minzdrav.gov.ru](http://www.minzdrav.gov.ru);
11. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Терапия"(утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 923н)

12. 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);
13. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Пульмонология"(утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 916н)
14. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 февраля 2021 г. N 116н);
15. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Эндокринология" (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. N 899н) (ред. от 21.02.2020);
16. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 N 38н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Гериатрия";
17. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «неврология», утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 926н
18. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 924н;
19. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «фтизиатрия», утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 932н;
20. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «инфекционные болезни», утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 31 января 2012 г. № 69н;
21. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия», утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н
22. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «профессиональные болезни», утвержденным приказом Минздрава России от 13.11.2012 N 911н
23. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «хирургия», утвержденным приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 922н;
24. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия», утвержденным приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 901н;
25. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «офтальмология», утвержденным приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 902н;
26. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «оториноларингология», утвержденным приказом Минздрава России от 12 ноября 2012 г. №905н;
27. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «стоматология», утвержденным приказом Минздрава России от 31 июля 2020 № 786н
28. Порядок оказания медицинской помощи профилю "Акушерство и гинекология"(утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. N 1130н);
29. Порядок оказания педиатрической помощи (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. N 366н);
30. Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. N 822н)
31. Порядок прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях за взрослыми (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 мая 2019 г. № 302н);
32. Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 №514н);
33. Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н);

34. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
35. 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".
36. 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».
37. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации № 543н от 15 мая 2012 г. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
38. 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

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

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО Кировский ГМУ <http://student.kirovgma.ru/> Доступ к личному кабинету выполняется по логину и паролю, полученному на кафедре.
2. Стандарты оказания медицинской помощи представлены на сайте medkirov.ru в разделе нормативные документы.
3. Сайт Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации <http://gpfm.ru>
4. Сайт ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ <http://www.rmapo.ru/>
5. Сайт Российского респираторного общества <http://www.pulmonology.ru/> , spulmo.ru
6. Сайт Центрального НИИ гастроэнтерологии <http://nii-gastro.ru/>
7. Сайт Российского Геронтологического Научно-клинического центра: <http://www.niigeront.org>
8. Сайт Института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН: <http://gerontology.ru>
9. Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>
10. Журнал Эпидемиология и инфекционные болезни <http://www.prosmi.ru/catalog/904>
11. Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <http://reumatolog.ru/>
12. Сайт Научного центра психического здоровья РАМН <http://www.psychiatry.ru/stat/49>
13. Сайт Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова <http://www.ncagip.ru/contacts/>
14. Сайт Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора <http://www.crie.ru/>
15. Сайт НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru/>
16. Сайт НИИ урологии МЗ РФ uroline.nmicr.ru <http://uro.ru/>,
17. Сайт Научного центра неврологии РАМН <http://www.neurology.ru/contacts/>
18. Сайт Научного центра здоровья детей РАМН <http://www.nczd.ru/>
19. Сайт Эндокринологического научного центр РАМН МЗ РФ <http://www.endocrincentr.ru/>
20. Сайт Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца <http://www.helmholtzeyeinstitute.ru/>
21. Сайт Московского научно-практического центра оториноларингологии им. Л.И. Свержевского <http://mnpco.ru>
22. Сайт Российского кардиологического общества <http://www.scardio.ru>
23. Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

24. Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.
<http://www.osdm.org/index.php>
25. Московский центр доказательной медицины. <http://evbmed.fbm.msu.ru/>
26. Сайт «Формулярная система России». <http://www.formular.ru>
27. Сайт Национального научного общества инфекционистов:// www.nnoi.ru
28. Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики в медицине
www.rasfd.com
29. Всемирная организация семейных врачей (WONCA) <http://www.globalfamilydoctor.com/>
30. TheCochraneCollaboration - Международное Кокрановское сотрудничество
(<http://www.cochrane.org>)
31. Универсальная система PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>)
32. Администрация по продуктам и лекарствам США (FDA). <http://www.fda.gov>

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

Для осуществления образовательного процесса используются:

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 28.08.2023 до 05.09.2024 г., номер лицензии 2B1E-230828-053354-7-7731,
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
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	г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.
учебные аудитории для проведения групповых консультаций	г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.

помещения для самостоятельн ой работы	г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскопружинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка,
		пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.
помещения для хранения оборудования	г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).
помещения для симуляционного обучения, оборудованные фантомной техникой, имитирующей медицинские манипуляции	г. Киров, ул. Пролетарская, 3 8 (корпус 2), каб./ауд. г. Киров, ул. Карла Маркса, 112 (корпус 3), каб./ауд. 621	Фантом по исследованию прямой кишки и предстательной железы; манекен для пальпации молочных желез; кушетка с манекеном для пальпации органов брюшной полости Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскопружинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.

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 на контактную работу. 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 специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)».

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: «Российское законодательство о здравоохранении и его задачи. ПМСП и организация общей врачебной практики в РФ», «Вопросы медико-социальной экспертизы в работе ВОП/СВ», «Организация профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», «Организация диспансерного наблюдения», «Методы лабораторной, функциональной, эндоскопической, электрофизиологической и лучевой диагностики в работе ВОП/СВ», «Основы оказания паллиативной помощи в условиях ОВП», «внебольничные пневмонии, рациональная

антибиотикотерапия, тактика ведения пациента на до- и постгоспитальном этапах», «Организация лечения больных с ИБС в ОВП», «Тактика ведения больных с инфарктом миокарда. ОКС», «Диспепсия», «Запор», «Инфекции мочевых путей», «Анемический синдром. Тактика ВОП», «Воспалительные заболевания суставов и позвоночника», «Сахарный диабет 2 типа в ОВП», «Диспансерное наблюдение пациентов с бронхообструктивными заболеваниями в ОВП», «Особенности профилактики заболеваний у женщин в менопаузе», «Планирование семьи в ОВП», «Здоровье детей», «Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике семейного врача», «Острые респираторные инфекции и грипп в ОВП», «Острые диареи в ОВП», «Лихорадочные состояния и субфебрилитет в ОВП», «Менингиты и энцефалиты в ОВП», «Раннее и своевременное выявление туберкулеза. Профилактика туберкулеза», «Атопический дерматит в ОВП», «Патология носа и уха в ОВП», «Болезни глотки и гортани в ОВП», «Амбулаторная травматология». 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: «Пожилой пациент в общей врачебной практике», «ЦВБ и острые нарушения мозгового кровообращения в ОВП», «Синдром головной боли», «Психическое здоровье: депрессивные и тревожные расстройства в ОВП», «Красный глаз в ОВП», «Белый глаз в ОВП», ««Острый живот» в практике семейного врача».

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 общей врачебной практики (семейной медицины).

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 темам «Основы организации общей врачебной практики», «Медико-социальная экспертиза», «Скрининг и диагностика старческой астении», «Саркопения и мальнутриция», «Полипрагмазия в пожилом возрасте», «ЭКГ в диагностике заболеваний кардиологического профиля», «ЭХО-КС в общеврачебной практике», «Болевой синдром, купирование боли у взрослых и детей в общей врачебной практике», «Купирование тягостных симптомов в условиях общей врачебной практики», «Патология сердечно-сосудистой системы в общей врачебной практике», «Болезни органов пищеварения и полости рта в общей врачебной практике», «Болезни эндокринной системы в общей врачебной практике», «Болезни органов

дыхания в общей врачебной практике», «Заболевания почек и мочевыводящих путей в общей врачебной практике», «Болезни крови и органов кроветворения в общей врачебной практике», «Заболевания опорно-двигательного аппарата в общей врачебной практике», «Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике», «Обследование здоровых и больных женщин», «Ведение физиологической беременности», «Менструальный цикл и его нарушения», «Репродуктивное здоровье», «Планирование семьи и контрацепция», «Гинекологическая патология в общей врачебной практике», «Климактерий и менопауза», «Наблюдение за здоровым ребенком по годам», «Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача», «Депрессивные расстройства в общей врачебной практике», «Тревожные расстройства в общей врачебной практике», «Острые состояния у пациентов с нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в общей врачебной практике», «Профилактика психических расстройств и расстройств поведения», «Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с ЛОР-патологией», «Состояния/заболевания носа, встречающиеся в общей врачебной практике», «Состояния/заболевания уха, встречающиеся в общей врачебной практике», «Состояния/заболевания горла, встречающиеся в общей врачебной практике», «Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с патологией глаза», «Нарушения рефракции», «Красный глаз в общей врачебной практике», «Белый глаз в общей врачебной практике», «Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей», «Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка и основные синдромы и симптомы», «Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР», «Хирургические состояния/заболевания, встречающиеся в общей врачебной практике», «Индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств», «Травмы, наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике», «Методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях общей врачебной практики»;

- семинар-дискуссия по теме «Падения и переломы в пожилом и старческом возрасте», «Хронический болевой синдром», «Деменция и делирий у лиц пожилого и старческого возраста», «Вирусные гепатиты в общей врачебной практике», «Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в общей врачебной практике», «Цереброваскулярная болезнь и когнитивные расстройства. Инсульт», «Боль в спине», «Головная боль», «Головокружения», «Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем»;

- конференция по теме «Организация и проведение диспансеризации, профилактических медицинских осмотров», «Организация и принципы диспансерного наблюдения пациента, группы диспансерного наблюдения», «Туберкулез органов дыхания и внелёгочных локализаций у взрослых и детей: выявление, клиника, лечение и профилактика, особенности у беременных», «Болезни и состояния кожи, встречающиеся в общей врачебной практике», «Инфекции, передающиеся половым путём, встречающиеся в общей врачебной практике»;

- учебно-ролевая игра по теме «Дифференциальный диагноз лимфаденопатий», «Дифференциальный диагноз экзантем», «Особо опасные (карантинные) инфекции», «Паразитарные болезни и основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и регионе», «Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом», «Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы», «Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в общей врачебной практике», «Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в общей врачебной практике», «Амбулаторная анестезия», «Первичная хирургическая обработка раны», «Жизнеугрожающие состояния при травмах».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Общая врачебная практика» и включает подготовку к

занятиям, написание работы по организации общей врачебной практики на будущем рабочем месте ординатора с характеристикой организационно- функциональной модели общей практики, а также подготовку к текущему контролю, составление презентаций с клиническим разбором пациентов из реальной клинической практики, кейсовых заданий, работу с клиническими рекомендациями, протоколами, стандартами и др. литературными источниками по теме занятия.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Общая врачебная практика» 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 пациентами, оформляют амбулаторные карты и другую документацию ВОП(СВ), презентации с клиническими ситуациями и представляют их на занятиях. Выполнение данных видов работ 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 пациентом с учетом этико-деонтологических принципов и психологических особенностей личности. 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 решения тестовых заданий, ситуационных задач, разработки клинических кейсов, написания учебной МКАП.

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

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 01.09.2022, приказ № 483-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 ДОТ каждый 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 образовательном сайте 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 с обучающимися, 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
3	Консультации (групповые и	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта

4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения 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-line или 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 имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, 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 формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, 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. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.

2. Показателей и критериев 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:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Формы</i>
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 обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Виды оценочных средств</i>	<i>Формы контроля и оценки результатов обучения</i>
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 оболочки MOODL E, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного 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 невидимого 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

«Общая врачебная практика»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (3++)

Профиль – Общая врачебная практика (семейная медицина)

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 2024 / 2025 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. 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	Наличи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщ ин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья	Аполихин О.И., Пушкарь Д.Ю., Гвасалия Б.Р.	2024г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/07/metodicheskie_rekomendaczii_u_tv_er_29_03_24.pdf дата обращения 04.09.2024
2	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение лиц второй группы	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В.	2024г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/dn-2.pdf дата обращения 04.09.2024

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://gniscpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/metodicheskie-skier Rekomendacii-po-organizacii-prioritizacii-dn-iyul-avgust-2022-1.pdf

					дата обращения 04.09.2024

4.2.2. Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Наличи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Методические рекомендации о подготовке врачей к проведению краткого о профилактического консультирования	Астанина С.Ю „ Калинина А.М „ Шепель Р.Н., Драпкина О.М.	2023г, г.Москва	0	
2	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачо м- 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/metodic_heskie-rekomendac_zii-po-organizac_zii-prioritizaczi-dn-iyul-avgust-2022-1.pdf дата обращения 04.09.2024
3	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/2021/08/dn_hs_n.pdf

					дата обращени я 04.09.2024
4	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	<a href="https://g
nic
pm.ru/w
p-
content/
upl
oads/2020/
08/minzdra
v
_prediabet.
pdf">https://g nic pm.ru/w p- content/ upl oads/2020/ 08/minzdra v _prediabet. pdf дата обращени я 04.09.2024

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

2.1. 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 06.08.2024 до 07.09.2025 г., номер лицензии 2B1E-240805-141454-1-4-8398.

2.2. п. 6) изменить и читать в следующей редакции:

6) Справочно-информационная система (СИС) «MedBaseGeotar». Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/>

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“30” августа 2024 г. Протокол № 1

Зав. кафедрой М.С. Григорович

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:

Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
19 сентября 2024 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«Общая врачебная практика»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (3++)

Профиль – Общая врачебная практика (семейная медицина)

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:

1. Пункт 3.5. Тематический план практических занятий изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	
				сем. № 1	сем. № 2
1	2	3	4	5	6
1	1	Основы организации общей врачебной практики	Раскрывается общая характеристика специальности в соответствии с действующими нормативными актами Обсуждаются роль, место и задачи ВОП (СВ) в современной системе ПМСП Обсуждаются вопросы профессиональной характеристики и обязанностей (трудовых функций) ВОП. Научная организация труда. Ознакомление с требованиями профессионального стандарта Основные трудовые функции ВОП (СВ). Работа в команде. Практическая подготовка: Обсуждение организационно-функциональных моделей ОВП, решение ситуационных задач	4, из них на практическую подготовку 2 час	
2	1	Медико-социальная экспертиза	Обсуждается методика написания направления пациента на МСЭ. Научная организация труда. Практическая подготовка: решение ситуационных задач, заполнение направления на МСЭ	4, из них на практическую подготовку 2 час	
3	2	Организация и проведение диспансеризации, профилактических медицинских осмотров	Обсуждаются актуальные нормативные документы, определяющие проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, задачи участкового врача; критерии факторов риска ХНИЗ и оценки сердечно-сосудистого риска; критерии групп здоровья; определение понятия диспансеризация, профилактический медицинский осмотр; цели и задачи диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. Научная организация труда. Работа в команде. Практическая подготовка: Отрабатываются правила вынесения заключения по анкете диспансеризации; алгоритм онкологической составляющей врачебного	8, из них на практическую подготовку 4 час	

			осмотра, алгоритм краткого профилактического консультирования. Решение ситуационных задач		
4	2	Организация и принципы диспансерного наблюдения пациента, группы диспансерного наблюдения	Обсуждаются актуальные нормативные документы, определяющие проведение диспансерного наблюдения и задачи участкового врача при проведении ДН; определение понятия диспансерного наблюдения; цели и задачи диспансерного наблюдения. Практическая подготовка: Отрабатываются практические навыки в соответствии; алгоритмом диспансерного приема; правилами оформления документации по проведению диспансерного наблюдения, алгоритмом краткого профилактического консультирования. Решение ситуационных задач	8, из них на практическую подготовку 4 час	
5	3	Скрининг и диагностика старческой астении	Обсуждаются положения концепции здорового старения и задачи участковой службы в системе гериатрической помощи на современном этапе в РФ; рассматривается клиника, критерии и этапы диагностики старческой астении, особенности кодирования заболевания/состояния, алгоритм ведения пациента с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития; изучаются подходы к профилактике старческой астении и функционального спада. Научная организация труда. Работа в команде. Практическая подготовка: отработка навыка скрининга на старческую астению и базовую функциональную активность, а также навыка интерпретации полученных результатов на основе алгоритма ведения лиц 60+ в соответствии с клиническими рекомендациями по старческой астении; решение ситуационных задач	4, из них на практическую подготовку 2 час	
6	3	Саркопения и мальнутриция	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам и задачи ВОП/СВ; рассматриваются факторы риска, эпидемиологии, клиника, диагностика, особенности кодирования заболевания, профилактика и тактика ведения в амбулаторных условиях пациентов с саркопенией и мальнутрицией. Практическая подготовка: по организации скрининга и маршрутизации пациента в условиях ОВП. Решение ситуационных задач	3, из них на практическую подготовку 1 час	
7	3	Полипрагмазия в пожилом возрасте	Обсуждаются особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов и риски нежелательных побочных реакций в пожилом и старческом возрасте рассматривается понятие полипрагмазии, инструменты ее выявления и предупреждения нежелательных побочных реакций в пожилом и старческом возрасте; рассматриваются принципы и правила назначения лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте Практическая подготовка: формируются навыки подбора дозы лекарственных средств с	4, из них на практическую подготовку 2 час	

			учетом оценки функции печени и почек пациента и его гериатрического статуса отрабатываются навыки эффективного общения с пациентами пожилого и старческого возраста, их родственниками и опекунами. Решение ситуационных задач		
8	3	Падения и переломы в пожилом и старческом возрасте	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам и задачи ВОП/СВ на современном этапе; Рассматриваются факторы риска, клиника, классификация, особенности кодирования заболевания/состояния, критерии и этапы диагностики и принципы ведения пациента с риском переломов и падений и остеопорозом в амбулаторных условиях. Изучаются подходы к организации лечения пациента с остеопорозом с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики. рассматриваются современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов Практическая подготовка: по организации скрининга и маршрутизации пациента в условиях ОВП. Решение ситуационных задач	3, из них на практическую подготовку 1 час	
9	3	Хронический болевой синдром	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме хроническая боль у пожилых и лиц старческого возраста и задачи ВОП/СВ на современном этапе; рассматриваются факторы риска, клинику, классификацию, особенности кодирования заболевания, критерии и этапы диагностики и принципы ведения пациента с хроническим болевым синдромом в амбулаторной практике врача; изучаются подходы к организации и проведению лечения пожилого пациента с хроническим болевым синдромом с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики Практическая подготовка: по оценке боли и интерпретации полученных результатов. Решение ситуационных задач	3 час, из них на практическую подготовку 1 час	
10	3	Деменция и делирий у лиц пожилого и старческого возраста.	Обсуждаются основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме деменция и делирий в пожилом и старческом возрасте и задачи ВОП/СВ на современном этапе; рассматриваются факторы риска, клинические проявления, классификацию, особенности кодирования заболевания, критерии и этапы диагностики, дифференциальный диагноз, принципы ведения и профилактики деменции и делириозных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях;	3 час, из них на практическую подготовку 1 час	

			изучить подходы к организации оказания медицинской помощи пациентам с деменцией и делириозными состояниями в пожилом и старческом возрасте с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики; рассмотреть современные инструменты профилактики деменции и делирия в пожилом и старческом возрасте, и принципы профилактического консультирования пациентов Практическая подготовка: по организации скрининга и маршрутизации пациента в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		
11	4	ЭКГ в диагностике заболеваний кардиологического профиля	Обсуждается ЭКГ при различных заболеваниях кардиологического профиля. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Проводится выполнение навыка снятия ЭКГ и интерпретация результатов исследования, решение ситуационных задач	12 час, из них на практическую подготовку 8 час	
12	4	ЭХО-КС в общеврачебной практике	Обсуждается роль ЭХО-КС в постановке диагноза у пациентов в общеврачебной практике. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Проводится интерпретация результатов исследования, решение ситуационных задач	4 час, из них на практическую подготовку 2 час	
13	5	Болевой синдром, купирование боли у взрослых и детей в общей врачебной практике	Оценка интенсивности и характера болевого синдрома с использованием шкал оценки боли пациентов. Контроль интенсивности боли и других тягостных для пациента симптомов. Обследование, установление диагноза, назначение лечения и процедур паллиативного ухода за пациентами в терминальной стадии неизлечимых заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Выписка рецептов лекарственных средств, в том числе содержащих наркотические и психотропные вещества, из списка II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю Практическая подготовка: Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.	6 час, из них на практическую подготовку 3 час	
14	5	Купирование тягостных симптомов в условиях общей врачебной практики	Контроль интенсивности тягостных для пациента симптомов. Обследование, установление диагноза, назначение лечения и процедур паллиативного ухода за пациентами в терминальной стадии неизлечимых заболеваний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной	6 час, из них на практическую подготовку 3 час	

			медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Практическая подготовка: Разработать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи пациентам, с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, а также индивидуальных потребностей пациента, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Решение ситуационных задач.		
15	6	Патология сердечно-сосудистой системы в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний/состояний Составляется план диагностики сердечно-сосудистых заболеваний в условиях ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых сердечно-сосудистых состояний/ заболеваний, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений сердца, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с кардиологической патологией) по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.	27 час, из них на практическую подготовку 14 час	
16	6	Болезни органов пищеварения и полости рта в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний органов пищеварения Составляется план диагностики заболеваний органов пищеварения в условиях ОВП. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний органов пищеварения, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений пищеварительной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органов пищеварения в ОВП	27 час, из них на практическую подготовку 12 час	

			Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях органов пищеварения и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков освоение манипуляций (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с гастроэнтерологической патологией), освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.		
17	6	Болезни эндокринной системы в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний эндокринной системы. Составляется план диагностики заболеваний эндокринной системы в условиях ОВП. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний эндокринной системы, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений эндокринной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний эндокринной системы в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях эндокринной системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.	27 час, из них на практическую подготовку 14 час	
18	6	Болезни органов дыхания в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний дыхательной системы. Составляется план диагностики заболеваний дыхательной системы в условиях ОВП. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний дыхательной системы, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений дыхательной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний дыхательной системы в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях дыхательной	27 час, из них на практическую подготовку 14 час	

			системы и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практического навыка пикфлоуметрии), освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя. Составление клинического кейса.		
19	6	Заболевания почек и мочевыводящих путей в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний почек и мочевыводящих путей Составляется план диагностики заболеваний почек и мочевыводящих путей в условиях ОВП. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается краткая характеристика наиболее частых состояний/заболеваний почек и мочевыводящих путей, встречающихся в ОВП Дается краткая характеристика наиболее частых поражений почек и мочевыводящих путей, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Характеризуются основные методы профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний почек и мочевыводящих путей в ОВП Дается краткая характеристика неотложных состояний при заболеваниях почек и мочевыводящих путей и план оказания неотложной помощи в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.	27 час, из них на практическую подготовку 14 час	
20	6	Болезни крови и органов кроветворения в общей врачебной практике	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний крови и органов кроветворения в конкретной клинической ситуации Составляется план диагностики заболеваний крови и органов кроветворения в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний крови и органов кроветворения, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики заболеваний крови и органов кроветворения в ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план оказания неотложной помощи в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных	5 час	22 час, из них на практическую подготовку 14 час

			задач. Составление клинического кейса.		
21	6	Заболевания опорно-двигательного аппарата в общей врачебной практике	Характеризуются основные симптомы и синдромы поражения опорно-двигательного аппарата, включая ревматические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП в конкретной клинической ситуации. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается характеристика наиболее частых ревматических заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается краткая характеристика наиболее частых скелетно-мышечных заболеваний, включая клиническую картину, критерии диагностики, профилактику, встречающихся в ОВП, в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата и ревматических заболеваний суставов в ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		27 час, из них на практическую подготовку 14 час
22	6	Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике	Характеризуются основные симптомы и синдромы аллергических поражений, включая аллергические заболевания, наиболее часто встречающиеся в ОВП в конкретной клинической ситуации. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается характеристика наиболее частых аллергических заболеваний, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики аллергических заболеваний/состояний в ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		27 час, из них на практическую подготовку 14 час
23	7	Обследование здоровых и больных женщин	Приводится план обследования здоровых и больных женщин в условиях ОВП Методы обследования (жалобы, оценка менструальной функции, акушерский анамнез, анамнез половой жизни, гинекологический анамнез, скрининг домашнего насилия; дети; физикальное исследование- исследование в зеркалах, бимануальное исследование, ректальное исследование; тест на беременность, пап-тест, микроскопическое исследование мазков из уретры, микробиологическое исследование, исследование цервикальной слизи Практическая подготовка: Отработка навыков и манипуляций по алгоритму, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
24	7	Ведение физиологической беременности	Роль врача общей практики (семейной медицины) в оказании медицинской помощи беременным. Маршрутизация беременных. Порядок и стандарты оказания помощи пациентам акушерского профиля. Физиология беременности,		3 час, из них на практическую подготовку

			биомеханизм родов. Диагностика беременности: признаки беременности, методы обследования беременных, определение срока беременности Медицинские противопоказания к сохранению беременности. Диспансерное наблюдение за беременными. Экспертиза трудоспособности при нормальной и осложненной беременности. Тактика ведения в критические периоды, показания для госпитализации. Методы оценки функционального состояния плода. Физиологические роды. Причины наступления. Периоды родов. Клиника и принципы ведения родов. Биомеханизм родов. Послеродовый период: ранний и поздний. Инволюция в системах женского организма. Лактация. Особенности ведения раннего и позднего послеродового периодов. Период новорожденности. Понятие. Транзиторные состояния новорожденного. Ранний токсикоз беременных: диагностика, тактика ведения; Гестозы: классификация, понятие «претоксикоз», диагностика, тактика ведения; Неотложная помощь при тяжелых формах гестозов: преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. Профилактика. Практическая подготовка: Отрабатываются навыки по алгоритму. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		ю подгот овку 2 час
25	7	Менструальный цикл и его нарушения	Регуляция функции яичников. Гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система. Нормальный менструальный цикл. Нарушения менструального цикла. Классификация. Этиология. Патогенез. Степени тяжести. Клиника. Негормональные и гормональные методы лечения. Тактика ВОП (СВ) Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		2 час, из них на практи ческу ю подгот овку 1 час
26	7	Репродуктивное здоровье	Профилактика репродуктивных нарушений в условиях ОВП Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практи ческу ю подгот овку 1,5 час
27	7	Планирование семьи и контрацепция	Консультации по вопросам планирования семьи, психологии семейных отношений, социальных, медико-генетических и медико-сексуальных проблем семейной жизни, контрацепции. Методы лабораторной и инструментальной диагностики семейной пары перед планируемой беременностью. Современные методы контрацепции: критерии		3 час, из них на практи ческу ю подгот овку 1,5 час

			выбора, категории приемлемости. Роль генетической консультации; Аборт и его социальное значение. Бесплодный брак. Мужское и женское бесплодие, причины. Алгоритмы обследования. Современные пути преодоления бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии. Осложнения вспомогательных репродуктивных технологий. Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		
28	7	Гинекологическая патология в общей врачебной практике	Актуальные гинекологические проблемы в условиях ОВП: - Воспалительные заболевания женских половых органов. Этиология. Группы риска. Классификация. Диагностика. - Диагностика и принципы лечения воспалительных заболеваний нижнего и верхнего отдела женских половых органов. - Эндометриозная болезнь. Миома матки. - Опухоли яичников. Группы риска. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. - Доброкачественные состояния шейки матки. - Рак шейки матки. Факторы риска. Клиника. Скрининг. - Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Патогенез. Группы риска. Клиника. Скрининг. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практическую подготовку 2 час
29	7	Климактерий и менопауза	Физиология и патология пери- и постменопаузы. Климактерический синдром. Классификация. Диагностика. Методы лечения. Принципы гормональной заместительной терапии Практическая подготовка: Отработка навыков. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
30	8	Наблюдение за здоровым ребенком по годам	Приводится план наблюдения за здоровым ребенком по годам в условиях ОВП Практическая подготовка: Отработка практических навыков. Решение ситуационных задач. Составление клинического кейса.		17 час, из них на практическую подготовку 10 час
31	8	Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача	Обсуждается тактика ведения ребенка с основными фоновыми и патологическими состояниями семейным врачом на общеврачебном участке в конкретных клинических ситуациях. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Отрабатывается навык сердечно-легочной реанимации ребенка в условиях ОВП. Решение		17 час, из них на практическую подготовку 10 час

			ситуационных задач. Составление клинического кейса.		
32	9	Дифференциальный диагноз лимфаденопатий	Обсуждаются основные заболевания, протекающие с лимфаденопатией в рамках дифференциального диагноза. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков дифференциальной диагностики лимфаденопатий. Составление клинического кейса		2 час, из них на практическую подготовку 1 час
33	9	Дифференциальный диагноз экзантем	Обсуждаются основные заболевания, протекающие с экзантемами в рамках дифференциального диагноза. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Проводится дифференциальная диагностика заболеваний с экзантемами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 2 час
34	9	Вирусные гепатиты в общей врачебной практике	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, тактика ведения пациентов с вирусными гепатитами врачом общей практики в условиях ОВП. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с вирусными гепатитами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 2 час
35	9	Особо опасные (карантинные) инфекции	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с особо опасными (карантинными) инфекциями врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с особо опасными карантинными инфекциями в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		2 час, из них на практическую подготовку 1 час
36	9	Паразитарные болезни и основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение и тактика ведения пациентов с паразитарными болезнями и основными инфекциями, наиболее часто встречающимися в популяции и в регионе врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с паразитарными болезнями и основными инфекциями, наиболее часто встречающимися в популяции и в регионе в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
37	9	Наиболее частые	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология,		3 час, из них

		инфекции у больных со сниженным иммунитетом	клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с наиболее частыми инфекциями у больных со сниженным иммунитетом врачом общей практики в условиях ОВП. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с наиболее частыми инфекциями у больных со сниженным иммунитетом в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		на практическую подготовку 2 час
38	9	Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в общей врачебной практике	Виды профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний в ОВП. Законодательная и нормативная база по иммунопрофилактике инфекционных болезней. Виды препаратов для вакцинопрофилактики. Основные прививки национального календаря. Порядок проведения вакцинации. Противопоказания к вакцинации. Нормальный и осложненный вакцинальный процесс. Практическая подготовка: Определяется порядок проведения вакцинации на общеврачебном участке – организация, планирование, проведение вакцинации командой врача общей практики. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 2 час
39	9	Туберкулез органов дыхания и внелегочных локализаций у взрослых и детей: выявление, клиника, лечение и профилактика, особенности у беременных	Обсуждаются факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с туберкулезом органов дыхания и внелегочных локализаций врачом общей практики в условиях ОВП. Методика выявления туберкулеза у детей, подростков и взрослых, организация и планирование. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Профилактики туберкулеза в ОВП, роль ВОП/СВ. Практическая подготовка: Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
40	10	Болезни и состояния кожи встречающиеся в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска кожных заболеваний Дается краткая характеристика болезней и состояний кожи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ). Дается обзор консервативных методов лечения, применяемых в условиях ОВП Характеризуются основные методы профилактики кожных болезней в ОВП Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра невуса ВОП/СВ. Решение ситуационных задач		4, из них на практическую подготовку 2 час
41	10	Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска инфекций, передающихся половым путем. Дается их краткая характеристика Обсуждаются основные методы профилактики инфекций, передающихся половым путем в ОВП Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов с наиболее распространенными инфекциями, передающимися половым путём, в конкретных		5 час, из них на практическую подготовку 3 час

			заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		
42	11	Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы, встречающиеся в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска заболеваний/состояний нервной системы Кратко характеризуются основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы, встречающиеся в ОВП Составляется план диагностики заболеваний/состояний нервной системы в условиях ОВП. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Дается краткая характеристика наиболее частых поражений нервной системы, связанных с заболеваниями/состояниями других органов и систем Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 3 час
43	11	Цереброваскулярная болезнь и когнитивные расстройства. Инсульт	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с цереброваскулярной болезнью и когнитивными расстройствами, инсультом в ОВП. Экстренная и неотложная помощь. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с цереброваскулярной болезнью, когнитивными расстройствами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
44	11	Боль в спине	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с болью в спине в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с болью в спине в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
45	11	Головная боль	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с головной болью в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с головной болью в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
46	11	Головокружения	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с головокружением в ОВП. Взаимодействие ВОП		4 час, из них на практическую подготовку 1 час

			со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с болью головокружением в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		ческую подготовку 2 час
47	11	Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с поражением нервной системы, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов с поражением нервной системы, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
48	11	Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отработка навыка неврологического осмотра пациента. Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
49	12	Депрессивные расстройства в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при депрессивных расстройствах в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов при депрессивных расстройствах в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
50	12	Тревожные расстройства в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при тревожных расстройствах в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов при тревожных расстройствах в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 2 час
51	12	Острые состояния пациентов	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при		4 час, из них на

		нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в общей врачебной практике	острых состояниях у пациентов с нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях у пациентов с нарушениями психического здоровья и тактикой оказания неотложной помощи в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		практическую подготовку 2 час
52	12	Профилактика психических расстройств и расстройств поведения	Освещаются основы профилактики психических расстройств и расстройств поведения факторы риска, тактика ведения пациентов при острых состояниях у пациентов с нарушениями психического здоровья, и неотложная помощь в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Определяется тактика профилактики психических расстройств и расстройств поведения у пациентов в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3 час, из них на практическую подготовку 1 час
53	13	Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с ЛОР-патологией	Обсуждается, как должно быть организовано рабочее место врача общей практики, для оказания помощи пациентам с ЛОР-патологией Практическая подготовка: В смоделированных условиях организуется рабочее место ВОП/СВ для оказания помощи пациентам с ЛОР-патологией ВОП/СВ. Решение ситуационных задач		6 час, из них на практическую подготовку 4 час
54	13	Состояния/заболевания носа встречающиеся в общей врачебной практике	Выделяются основные факторы риска заболеваний/состояний уха, горла, носа в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых состояний/заболеваний уха, горла, носа, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Дается характеристика наиболее частых объемных образований шеи, встречающихся в ОВП в конкретной клинической ситуации Демонстрируются основные хирургические методы лечения/диагностики в условиях ОВП в конкретной клинической ситуации Составляется план профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний в ОВП в конкретной клинической ситуации Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра полости носа, а также определяется тактика ведения пациентов при заболеваниях носа в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		5 час, из них на практическую подготовку 3 час
55	13	Состояния/заболевания уха,	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная		5 час, из них

		встречающиеся в общей врачебной практике	диагностика, тактика ведения пациентов при состояниях/заболеваниях уха, наиболее часто встречающихся в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра уха, а также определяется тактика ведения пациентов при заболеваниях уха в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП.		на практическию подготовку 3 час
56	13	Состояния/заболевания горла, встречающиеся в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при состояниях/заболеваниях горла, наиболее часто встречающихся в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра горла, а также определяется тактика ведения пациентов при заболеваниях горла в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		5 час, из них на практическию подготовку 3 час
57	13	Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык осмотра носа, уха, горла ВОП/СВ. Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		5 час, из них на практическию подготовку 3 час
58	14	Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с патологией глаза	Обсуждается, как должно быть организовано рабочее место врача общей практики, для оказания помощи пациентам с патологией глаза Практическая подготовка: В смоделированных условиях организуется рабочее место ВОП/СВ с целью оказания помощи пациентам с патологией глаза. Решение ситуационных задач		6 час, из них на практическию подготовку 4 час
59	14	Нарушения рефракции	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, тактика коррекции нарушений зрения при различных типах нарушения рефракции врачом общей практики. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка коррекции зрения, подбора очков в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическию подготовку 3 час
60	14	Красный глаз в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика при синдроме красного глаза, тактика ведения пациентов в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка:		4 час, из них на практическию подготовку 3

			Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов при синдроме красного глаза в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		час
61	14	Белый глаз в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика при синдроме белого глаза, тактика ведения пациентов в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов при синдроме белого глаза в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 3 час
62	14	Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов с поражением глаз, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Алгоритм диагностики с использованием искусственного интеллекта. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов с поражением глаз, связанным с заболеваниями/состояниями других органов и систем в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 3 час
63	14	Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в общей врачебной практике	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Проводится отработка навыка осмотра глаза в условиях ОВП. Определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4 час, из них на практическую подготовку 3 час
64	15	Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка и основные синдромы и симптомы	Обсуждаются основные методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка. Кратко характеризуются основные симптомы, синдромы поражения зубов, пародонта, СОПР и языка. Методика написания зубной формулы. Нормальное состояние пародонта. Методика осмотра. Нормальное состояние СОПР. Методика осмотра. Характеризуются основные объемные образования шеи, встречающиеся в ОВП. Тактика ВОП (СВ). Практическая подготовка: Отрабатывается навык обследования зубов,		8, из них на практическую подготовку 4 час

			пародонта, СОПР и языка Написание зубной формулы. Решение ситуационных задач		
65	15	Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР	Обсуждаются основные принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР Практическая подготовка Отрабатывается навык обследования зубов, пародонта, СОПР и языка Написание зубной формулы		5, из них на практическую подготовку 4 час
66	16	Амбулаторная анестезия	Обсуждаются следующие вопросы индивидуальной тактики ведения пациента при амбулаторной анестезии. Премедикация. Лекарственные препараты для анестезии. Методы анестезии (Местная инфильтрационная анестезия. Региональная проводниковая анестезия кисти по Лукошевичу-Оберсту, стопы). Седация под контролем сознания Практическая подготовка: отрабатывается навык проведения инфильтрационной анестезии перед проведением первичной хирургической обработкой раны		4, из них на практическую подготовку 3 час
67	16	Первичная хирургическая обработка раны	Обсуждается алгоритм первичной хирургической обработки раны Практическая подготовка: отрабатывается навык проведения первичной хирургической обработки раны в симулированных условиях		4, из них на практическую подготовку 4 час
68	16	Хирургические состояния/заболевания, встречающиеся в общей врачебной практике	Этиопатогенез распространенных синдромов и заболеваний и факторы риска). Индивидуальная тактика ведения пациента при хирургических состояниях/заболеваниях, встречающиеся в ОВП. Практическая подготовка: определяется тактика ведения пациентов при острых состояниях, связанных с хирургическими состояниями/заболеваниями в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		4, из них на практическую подготовку 3 час
69	16	Индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств	Обсуждается индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств Практическая подготовка: определяется индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3, из них на практическую подготовку 2 час
70	16	Травмы, наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике	Факторы риска, этиопатогенез распространенных травм, наиболее часто встречающиеся в ОВП. Тактика ведения пациента при травмах, наиболее часто встречающихся в ОВП. Практическая подготовка: отрабатывается навык оказания врачебной помощи пациентом с травмой		4, из них на практическую подготовку 3 час

			ВОП/СВ, определяется тактика ведения пациентов при травмах в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		час
71	16	Жизнеугрожающие состояния при травмах	Освещаются основные факторы риска, эпидемиология, клиника, дифференциальная диагностика, тактика ведения пациентов при жизнеугрожающих состояниях при травмах в ОВП. Взаимодействие ВОП со специалистом. Практическая подготовка: Отрабатывается навык оказания врачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях при травмах ВОП/СВ. Определяется тактика ведения пациентов при жизнеугрожающих состояниях, связанных с травмами в конкретных заданных ситуациях в условиях ОВП. Решение ситуационных задач		3, из них на практическую подготовку 2 час
72	16	Методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях общей врачебной практики	Обсуждаются методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях ОВП Практическая подготовка Отрабатывается навык оказания врачебной помощи в лечении/диагностике/реабилитации пациентов с травмами в условиях ОВП. Решение ситуационных задач.		4, из них на практическую подготовку 3 час
Итого:				212	294

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

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	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.	7	+ СИС «MedBaseGеotar»
2	Клиническая фармакология: нац. руководство	Под ред.: В. И. Петров [и др.]	2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024; https://medbase.ru/book/ISBN9785970482667.html (дата обращения: 10.09.2025)	-	+ СИС «MedBaseGеotar»

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	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-	10	-

			СП6.2017		
2	Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача	Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю.	Гэотар-Медиа, 2017. http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
3	Акушерство [Комплект]: национальное руководство	ред. Э. К. Айламазян [и др.].	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.	2	+ СИС «MedBaseGeotar»
4	Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство	под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
5	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html	2	+ СИС «MedBaseGeotar»
6	Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
7	Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
8	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетева Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html	1	+ СИС «MedBaseGeotar»
9	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453230.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
10	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
11	Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс]	Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471098.html		+ СИС «MedBaseGeotar»
12	Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки	Аполихин О.И., Пушкарь Д.Ю., Гвасалия Б.Р.	2024г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/07/metodicheskie_rekom

	репродуктивного здоровья				endaczii_utver_29_03_24.pdf дата обращения 10.09.2025
13	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 10.09.2025
14	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 10.09.2025
15	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
16	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_i bs.pdf дата обращения 10.09.2025
17	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене	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 10.09.2025

	здравоохранения»				
18	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 10.09.2025
19	Основы телемедицины: учебное пособие	В. И. Купаев, И. А. Крылова, А. Л. Слободянюк [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 216 с.	10	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487402.html дата обращения 10.09.2025

3. Пункт 4.2. Нормативная база читать в следующей редакции

1. Конституция РФ;
2. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2025);
3. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20.03.2024 №2 «О внесении изменений в санитарные правила СП 2.1.3678-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта, а также условиям деятельности хозяйствующих субъектов, осуществляющих продажу товаров, выполнение работ или оказание услуг», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.12.2020 №44»;
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 №541н (ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
6. Приказ Минздравсоцразвития России №325 от 11 мая 2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)»;
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 112 от 21 марта 2003 г. «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики»;
8. Приказ Минздрава РФ от 12.08.2003 №402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)»;
9. Приказ Минздрава России от 26.08.1992 №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» (вместе с положениями «О враче общей практики (семейного врача)», «О медицинской сестре общей практики», квалификационными характеристиками «Врача общей практики (семейного врача)», «Медицинской сестры общей практики»);
10. Клинические рекомендации Минздрава РФ //www.minzdrav.gov.ru;
11. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №923н «Об утверждении Порядка оказания

медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия»;

12. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №918н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями»;
13. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №916н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»;
14. Приказ Минздрава России от 19.02.2021 №116н (ред. от 04.09.2025) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях»;
15. Приказ Минздрава России от 13.03.2023 №104н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология»;
16. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 №38н (ред. от 29.03.2024) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»;
17. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №926н (ред. от 10.03.2025) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы»;
18. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №924н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология»;
19. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №932н (ред. от 19.05.2023) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»;
20. Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 №69н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях»;
21. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 №668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения»;
22. Приказ Минздрава России от 13.11.2012 №911н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях»;
23. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 №922н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия»;
24. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 №901н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»;
25. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 №902н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты»;
26. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 №905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология»;
27. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 №786н (ред. от 18.02.2021) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»;
28. Приказ Минздрава России от 20.10.2020 №1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;
29. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 №366н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»;
30. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 №211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы N 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а

также формы отраслевого статистического наблюдения N 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения»;

31. Приказ Минздрава России от 15.03.2022 №168н (ред. от 28.02.2024) «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»;

32. Приказ Минздрава России от 27.04.2021 №404н (ред. от 19.07.2024) «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

33. Приказ Минздрава России от 01.07.2021 №698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;

34. Приказ Минздрава России от 06.12.2021 №1122н (ред. от 12.12.2023) «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»;

35. 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://chocmp.ru/wp-content/uploads/2019/03/Algoritmy-vedeniya-patsientov.pdf>

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.

5. 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	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии,

		отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.
помещения для самостоятельной работы	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.
помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 600,621	Экран и мультимедийный проектор Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).
помещения для симуляционного обучения, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей	г. Киров, ул. Пролетарская, 38 (корпус 2), каб./ауд.	Фантом по исследованию прямой кишки и предстательной железы; манекен для пальпации молочных желез; кушетка с манекеном для пальпации органов брюшной полости Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и

медицинские манипуляции и вмешательства	г. Киров, ул. Владимирская, 112 (корпус 3), каб./ауд. 621	плоскопружинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий, сумки-укладки врача общей практики (семейного врача) с содержимым – офтальмоскопом, отоскопом, глюкометром, пикфлоуметром; муляж уха, глаза, зубов, муляж ребенка, пожилого человека, подавившегося косточкой; тренажер по офтальмоскопии, отоскопии; тренажер по сердечно-легочной реанимации.

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
18 сентября 2025 г., протокол № 1

М.П. Разин

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) «Общая врачебная практика»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
Направленность программы – Общая врачебная практика (семейная медицина)
Форма обучения очная

Раздел 1. Основы общей врачебной практики (семейной медицины)

Тема 1.1: Основы организации общей врачебной практики.

Цель: к концу обучения модуля «Основы общей врачебной практики (семейной медицины)» обучающиеся должны приобрести знания, навыки и отношения, которые позволят им развить качественную клиническую практику в ОВП.

Задачи:

1. Рассмотреть историю и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи и ОВП (СМ) в России и за рубежом.
2. Рассмотреть основы российского законодательства в сфере здравоохранения и принципы организации ПМСП.
3. Изучить определение специальности, основные характеристики и задачи ОВП, компетенции, функции и обязанности ВОП (СВ) на основе анализа основных регламентирующих документов.
4. Изучить роль и задачи команды ОВП/СМ
5. Рассмотреть основные документы, регламентирующие проведение медицинской экспертизы и задачи ВОП/СВ.
6. Формировать умения применять положения нормативной документации в ОВП, использовать принципы организации и управления в работе ВОП/СВ и команды ПМСП.
7. Формировать умения применять принципы и правила проведения медицинской экспертизы в ОВП.

Обучающийся должен знать: основы российского законодательства в сфере здравоохранения; исторические аспекты и основы организации ПМСП; основные характеристики и задачи ОВП, основные компетенции и обязанности ВОП (СВ), законы и нормативные документы, регулирующие профессиональную деятельность ВОП(СВ) и общих врачебных практик; правила организации офиса и рабочего места ВОП(СВ); основы организации оказания медицинской помощи в ОВП – основные направления деятельности; правила совместной работы персонала ОВП: врача, медсестры, вспомогательного персонала и специалистов (работа в команде); основную документацию ВОП/СВ и правила ведения медицинской документации в ОВП; основы проведения медицинской экспертизы в ОВП; принципы управления в ОВП.

Обучающийся должен уметь: применять основные положения законодательных и нормативных документов в работе ОВП; использовать правила распределения рабочего времени; применять принципы планирования работы, использовать правила ведения учетно-отчетной медицинской документации; применять принципы управления и организации работы команды ОВП (ВОП/СВ, помощника ВОП/СВ, медицинских сестер общей практики (семейных медицинских сестер), младшего медицинского и технического персонала, социального работника); применять правила проведения медицинской экспертизы.

Обучающийся должен владеть: способностью абстрактно мыслить, анализировать,

синтезировать получаемую информацию, методикой организации рабочего места ВОП/СВ, методикой планирования и управления в условиях профессиональной деятельности ВОП/СВ и команды ОВП, способностью к проведению медицинской экспертизы в условиях ОВП/СМ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. История и перспективы развития ОВП(СМ) в России и за рубежом
2. Организация ПМСП в России на современном этапе
3. Основные процессы ПМСП
4. Определение специальности, основных характеристики и задачи ОВП
5. Роль профессионального стандарта в определении границ профессиональной деятельности ВОП/СВ и медицинского персонала ОВП/СВ
6. Основные законы и нормативные документы, регламентирующие организацию деятельности ВОП/СВ
7. Роль клинических рекомендаций в работе ВОП/СВ
8. Стандарт оснащения ВОП/СВ
9. Роль команды ПМСП и задачи ВОП/СВ при организации деятельности персонала
10. Медицинская экспертиза в работе ВОП/СВ: цели, виды, показания.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, обсуждение организационно-функциональных моделей ОВП)

Ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Дайте характеристику отделения общей врачебной практики в структуре учреждения здравоохранения, на базе которого организуется проходжение производственной практики

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Дайте характеристику отделения ОВП, в котором вам предстоит работать.

Ответ. Организационная модель – групповая, городская, с дневным стационаром, с оказанием неотложной помощи в часы работы отделения, участок взрослого населения 1500 тыс (старше 18 лет), команда ОВП - 1.

Функциональная модель – многопрофильная первичная врачебная медико-санитарная помощь взрослому населению, в т.ч. первичная помощь по неврологии, офтальмологии, оториноларингологии в команде врач-2 медицинские сестры .

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Охарактеризуйте организационно-функциональную модель ОВП, в которой вы проходите подготовку

2. Охарактеризуйте организационно-функциональную модель ОВП, в которой вы будете работать. Сделайте предложения по оптимизации модели с учетом имеющейся нормативно-правовой базы

3. Решение тестовых заданий:

1. Организационным принципом работы отделений/офисов ОВП является:

а) участковость;* б) диспансеризация; в) этапность; г) индивидуальность; д) комплексность.

2. Норматив обеспеченности врачами-терапевтами участковыми согласно Положению по организации ПМСП составляет:

а) 1 врач на 1,3 тысяч жителей; б) 1 врач на 1,3 тысяч взрослого населения; в) 1 врач на 1,7 тысяч взрослого населения;* г) 1 врач на 1,8 тысяч взрослого населения; д) 1 врач на 1,2 тысяч взрослого населения.

3. Норматив обеспеченности врачами общей практики при оказании помощи взрослому населению согласно Положению по организации ПМСП и приказу 112 н Минздрава России составляет_____:

а) 1 врач на 1,0 тысяч жителей; б) 1 врач на 1,2 тысяч; в) 1 врач на 1,5 тысяч ;* г) 1 врач на 1,8 тысяч; д) 1 врач на 2,0 тысячи.

4. Норматив обеспеченности врачами общей практики при оказании помощи на участке с детским и

взрослым населением согласно Положению по организации ПМСП и приказу 112 н Минздрава России составляет_____:

а) 1 врач на 1,0 тысяч жителей; б) 1 врач на 1,2 тысяч; в) 1 врач на 1,5 тысяч ;* г) 1 врач на 1,8 тысяч; д) 1 врач на 2,0 тысячи.

5. Норма времени обслуживания взрослого населения на одно посещение при первичном приеме пациента врачом-терапевтом участковым составляет_____(минуты):

а) 15*; б) 12; в) 9; г) 10; д) 18.

6. Норма времени обслуживания взрослого населения на одно посещение при первичном приеме пациента врачом общей практики составляет_____(минуты): Варианты ответа: а) 15; б) 12; в) 18;* г) 20; д) 10.

7. Первичную медико-санитарную помощь населению оказывают:

территориальные поликлиники;* б) хосписы; в) стационары городских больниц; г) врачебные амбулатории;* д) центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

8. Оптимальным методом выявления групп риска развития хронических неинфекционных заболеваний является:

а) профилактический медицинский осмотр;* б) скрининговые программы;* в) динамическое наблюдение; г) целевой осмотр; д) госпитализация.

9. Отделение дневного стационара является подразделением: а) центра здоровья; б) поликлиники*; в) родильного дома; г) психиатрической больницы; д) хосписа.

10. Диспансеризация представляет собой: а) организационную форму проведения скрининга; б) метод активного динамического наблюдения; в) вид лечебной помощи; г) способ выявления среди населения острых заболеваний; д) способ выявления среди населения инфекционных заболеваний.

11. Организационным принципом работы территориальных поликлиник является:

а) участковость;* б) диспансеризация; в) этапность; г) индивидуальность; д) комплексность.

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основными источниками информации о здоровье являются все, кроме:

- а) официальная информация о смертности населения; населения;
- б) данные страховых компаний;
- в) эпидемиологическая информация;
- г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья;
- д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

2. Сущность термина «болезненность»:

- а) вновь выявленные заболевания в данном году;
- б) все заболевания, зарегистрированные в данном году;
- в) заболевания, выявленные при целевых медицинских осмотрах;
- г) заболевания, выявленные при периодических медицинских осмотрах;
- д) длительность временной нетрудоспособности.

3. Международная классификация болезней – это:

- а) перечень наименований болезней в определенном порядке;
- б) перечень диагнозов в определенном порядке;
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;

- г) система, рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
 - д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.
4. Из перечисленных специалистов право на выдачу, документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет:
- а) врач станции скорой помощи;
 - б) врач станции переливания крови;
 - в) врач бальнеолечебницы;
 - г) врач приемного покоя больницы;
 - д) судебно-медицинский эксперт.
5. Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет:
- а) руководители ЛПУ и поликлиник;
 - б) лечащий врач самостоятельно;
 - в) лечащий врач с утверждения зав. отделением;
 - г) лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ;
 - д) любой врач.
6. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей в следующих случаях:
- а) несовершеннолетним детям;
 - б) при несчастных случаях, травмах, отравлениях;
 - в) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ;
 - г) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
 - д) при любом остром заболевании.
7. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:
- а) в территориальной поликлинике;
 - б) в любой поликлинике населенного пункта;
 - в) в любой поликлинике Российской Федерации;
 - г) в любой поликлинике субъекта Федерации;
 - д) в любом медицинском учреждении СНГ.
8. В понятие децентрализация управления здравоохранением в новых условиях входят следующие составляющие, кроме:
- а) сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали;
 - б) отсутствие нормативной базы в здравоохранении;
 - в) децентрализация бюджетного финансирования;
 - г) поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне;
 - д) расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений.
9. Не дают право администрации сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) следующие нарушения трудовой дисциплины работником:
- систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей;
- а) прогул (в том числе отсутствие на работе более трех часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;
 - б) появление на работе в нетрезвом состоянии;
 - в) совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;
 - г) грубое однократное нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.
10. Отпуск до истечения 11 месяцев с момента приема на работу предоставляется всем ниже перечисленным, кроме:
- а) женщинам перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него;
 - б) работникам моложе 18 лет;
 - в) военнослужащим, уволенным в запас и направленным на работу в порядке организованного набора, по истечении трех месяцев работы;
 - г) работникам вредных производств;

- д) работникам, принятым на работу в порядке перевода из одного учреждения в другое, если в сумме набирается 11 месяцев.
11. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан создаются в целях:
- а) защиты прав пациента и отдельных групп населения;
 - б) разработки норм медицинской этики;
 - в) разрешения вопросов, связанных с нарушением норм медицинской этики;
 - г) подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской медицинской деятельности;
 - д) все вышеперечисленное.
12. Новыми правами пациента для Российского законодательства являются:
- а) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
 - б) допуск в стационар адвоката;
 - в) допуск в стационар священнослужителя;
 - г) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
 - д) все вышеперечисленные.
- Ответ: (Д)
13. Под заболеваемостью с временной утратой трудоспособности понимают:
- а) все случаи, сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;
 - б) все случаи заболеваний (исключая травму), сопровождающиеся временной утратой трудоспособности у рабочих и служащих;
 - в) все случаи заболеваемости; по которым выдан листок нетрудоспособности;
 - г) все случаи, по которым выдан листок нетрудоспособности;
 - д) наличие инфекционного заболевания.
14. Листок нетрудоспособности не выдается:
- а) при отпуске для санаторно-курортного лечения;
 - б) при уходе за больным членом семьи;
 - в) при карантине;
 - г) лицам, находящимся в отпуске сохранения заработной платы;
 - д) при бытовой травме.
15. Справка произвольной формы выдается:
- 1. при бытовой травме;
 - 2. при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также вследствие злоупотребления алкоголем;
 - 3. военнослужащим, обратившимся по месту жительства за медицинской помощью;
 - 4. трудоспособным лицам, направленным в период медицинских осмотров на обследование.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - б) если правильны ответы 1 и 3;
 - в) если правильны ответы 2 и 4;
 - г) если правильный ответ 4;
 - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
16. Единицей наблюдения при учете заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:
- а) листок временной нетрудоспособности;
 - б) случай временной нетрудоспособности;
 - в) первичное заболевание;
 - г) впервые выявленное в данном году заболевание;
 - д) справка о временной нетрудоспособности.
17. Ориентировочной оценкой показателя тяжести заболевания с временной утратой трудоспособности является:
- а) листок временной нетрудоспособности;
 - б) листок временной нетрудоспособности, выданный на срок более 10 дней;
 - в) длительность заболевания, превышающая 1 месяц;
 - г) характер патологического процесса;
 - д) наличие сопутствующих заболеваний.
18. Медицинское значение листка нетрудоспособности состоит в том, что он:
- а) характеризует здоровье работающих;
 - б) указывает на характер заболевания;

- в) определяет степень потери трудоспособности;
 - г) служит для статистической отчетности по форме №16;
 - д) влияет на здоровье трудящихся.
19. Больному К. выдан больничный лист с диагнозом “Острая респираторная вирусная инфекция” с 18.10 по 20.10 с указанием явиться на прием к врачу 20.10. Больной пришел на прием лишь 25.10, так как без разрешения врача выезжал за город. При осмотре диагностирована пневмония. Больничный лист должен быть оформлен следующим образом:
- а) продлен с 21.10 с указанием “нарушение режима”;
 - б) продлен с 25.10;
 - в) выдан новый больничный лист с 25.10;
 - г) продлен с 25.10 с указанием “нарушение режима”;
 - д) продлен с 21.10 без указания о нарушении режима.
20. При выдаче больничного листа иногородним больным виза администратора лечебного учреждения ставится:
- а) в 1-й день, при выдаче больничного листа;
 - б) на 3-й день, при продолжении больничного листа;
 - в) на 6-й день, при выписке больного на работу;
 - г) виза не ставится;
 - д) на 9 день заболевания.

№	правильны й ответ	№	правильны й ответ	№	правильны й ответ	№	правильны й ответ
1	б	6	г	11	д	16	б
2	б	7	в	12	д	17	г
3	г	8	б	13	а	18	а
4	г	9	а	14	г	19	г
5	г	10	г	15	г	20	

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ед. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 7) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.ht>

- 8) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьева Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 9) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 10) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 11) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 1. Основы общей врачебной практики (семейной медицины)

Тема 1.2. Медико-социальная экспертиза

Цель: формирование системы теоретических знаний по вопросам организации и проведения медико-социальной экспертизы, экспертизы временной нетрудоспособности пациентов в общей врачебной практике, а также формирование умения и навыков проведения экспертизы временной нетрудоспособности, определения показаний и оформления направления на медико-социальную экспертизу в практике семейного врача.

Задачи:

- рассмотреть социально-гигиенические, медико-социологические, социально-психологические проблемы старения и определение понятий «инвалид», «инвалидность», «медико-социальная экспертиза», «экспертиза трудоспособности»;
- изучить организационные и правовые аспекты инвалидности, группы инвалидности;
- изучить правовые основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;
- рассмотреть показания и порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу и принципы ее проведения;
- сформировать умение/навыки оценки показаний для направления на медико-социальную экспертизу;
- сформировать умение/навыки оформления направления на медико-социальную экспертизу.

Обучающийся должен знать:

содержание понятий инвалид, инвалидность, индивидуальная жизнеспособность, возрастная жизнеспособность и функциональная способность, функциональный спад, долговременный уход, экспертиза трудоспособности; медико-социальная экспертиза; классификации нарушений основных категорий жизнедеятельности и ее значение при определении инвалидности; критерии временной утраты трудоспособности; классификации и критерии, используемые при проведении медико-социальной экспертизы; положения нормативно-правовой базы по экспертизе временной и стойкой утраты трудоспособности; показания и порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу и принципы ее проведения; медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу; формы преемственности и взаимосвязи между медицинскими учреждениями и органами социальной защиты; медицинские и социальные критерии нетрудоспособности; требования к оформлению медицинской документации.

Обучающийся должен уметь:

выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, определять сроки временной нетрудоспособности; определять показания к направлению на медико-социальную экспертизу пациентов в общей врачебной практике; осуществлять подготовку медицинской документации для проведения медико-социальной экспертизы пациентов; формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз;

Обучающийся должен владеть: способностью интерпретировать информацию о пациенте с учетом особенностей структурно-функциональных изменений органов и систем; методикой оформления направления пациентов на медико-социальную экспертизу; навыком оформления листа

временной нетрудоспособности; навыком определения необходимости ухода за пациентом и выдачи листка нетрудоспособности лицу, осуществляющему уход; методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, в том числе в составе врачебной комиссии медицинской организации.

1. Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Сущность понятий «индивидуальная жизнеспособность», «возрастная жизнеспособность»;
2. Сущность понятия «функциональная способность»; «функциональный спад»;
3. Сущность понятия «инвалид»; «инвалидность», распространенность проблемы в РФ;
4. Основные причины инвалидности у лиц различного возраста;
5. Цель и задачи медико-социальной экспертизы лиц различного возраста.
6. Правовая база проведения экспертизы нетрудоспособности;
7. Организация системы медико-социальной экспертизы в России;
8. Принципы взаимодействия системы здравоохранения и государственных учреждений медико-социальной экспертизы;
9. Медицинские и социальные критерии нетрудоспособности;
10. Алгоритм направления пациентов на медико-социальную экспертизу.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, отработка практических навыков – оформление направления на МСЭ.*

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Ознакомиться с условиями задачи – ситуация, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективный статус

Выполнить задания в последовательности от N1 к N13 по 5 блокам:

- 1) процедура направления на МСЭ - задания N1- 4;
- 2) установление инвалидности - задания N5 - 9 ;
- 3) лечение - задания N10;
- 4) реабилитация/абилитация-задания N11-12;
- 5) вариативная часть - задание N13;

Ситуационная задача 1.

Условия ситуационной задачи

Ситуация. Пациент Е., 54 года, находится на амбулаторном лечении в течение 90 дней с открытым листком нетрудоспособности. Планируется представление на ВК с целью рассмотрения вопроса о направлении на МСЭ с целью установления группы инвалидности.

Жалобы на сухость во рту, онемение стоп, зябкость конечностей, боли в икроножных мышцах при ходьбе на 150-200 м, судороги в мышцах стоп и голеней.

Анамнез заболевания. Страдает СД 2 типа более 5 лет, принимает сахароснижающие препараты. В течение 3-х лет беспокоит онемение стоп, зябкость конечностей, боли в икроножных мышцах при ходьбе. Регулярно проходил курсы амбулаторного лечения. Ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев: боли в ногах стали беспокоить при ходьбе на меньшее расстояние. Проводимое лечение (сосудистая терапия) с незначительным положительным эффектом. Принято решено направить пациента на МСЭ.

Анамнез жизни. В настоящее время работает водителем легкового автомобиля, стаж работы 28 лет. Курит более 10 лет около пачки в день. Алкоголем не злоупотребляет. Травмы, операций не было. На диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний в настоящее время и ранее не состоял. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность отягощена: у матери СД 2 типа, гипертоническая болезнь.

Объективный статус. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Себя обслуживает. Передвигается самостоятельно в замедленном темпе, без вспомогательных для передвижения средств. Рост 178 см, масса тела 98 кг. Кожные покровы, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс=ЧСС 72 уд/мин. АД 130/85 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Периферических

отеков нет. Стопы бледные, холодные на ощупь, пульсация на стопах и на задней большеберцовой артерии с обеих сторон не определяется, на подколенной артерии - снижена с обеих сторон. Сухожильные рефлексы в норме. Чувствительность снижена в стопах и на голени. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно. Физиологические отправления в норме.

Задания:

Блок 1. ПРОЦЕДУРА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ		
ЗАДАНИЕ № 1. Выберите несколько верных ответов Данному пациенту перед направлением на МСЭ необходимо выполнить обследование: _____		
1.	Гликированный гемоглобин	
2.	УЗ-исследование (доплер) артерий нижних конечностей	
3.	Суточное мониторирование ЭКГ	
4.	Рентгенконтрастная ангиография	
5.	Определение гормонов щитовидной железы	
6.	Регистрацию ЭКГ в покое в 12 отведениях	
ЗАДАНИЕ № 2. Выберите один верный ответ Данного пациента перед направлением на МСЭ необходимо проконсультировать у специалистов:		
1.	эндокринолога и хирурга	
2.	кардиолога и эндокринолога	
3.	эндокринолога и нефролога	
ЗАДАНИЕ № 3. Выберите несколько верных ответов Согласно данным анамнеза, жалобам, результатам инструментального обследования пациент будет направлен на МСЭ с диагнозом: Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая _____ и _____		
1.	полинейропатия, сенсорная форма	
2.	макроангиопатия, атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН 2Б	
3.	нефропатия, ХБП С1А0	
4.	полинейропатия моторная форма	
5.	пролиферативная ретинопатия	
ЗАДАНИЕ № 4. Выберите один верный ответ При оформлении в ф. 088/у следует указать цель направления на МСЭ: _____ и _____		
1.	Установление группы инвалидности и разработка ИПРА	
2.	Установление степени утраты профессиональной трудоспособности и разработка ПРП	
3.	Разработка ИПРА и разработка ПРП	
4.	Установление срока инвалидности	

Блок 2. УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ		
ЗАДАНИЕ № 5 Выберите один верный ответ У пациента имеются стойкие нарушения со стороны _____ систем		
1.	сердечно-сосудистой и эндокринной	
2.	нервной и сердечно-сосудистой	
3.	эндокринной и костно-мышечной	
4.	костно-мышечной и сердечно-сосудистой	
ЗАДАНИЕ № 6. Выберите один верный ответ Степень выраженности стойких нарушений функций организма у пациента: _____ степень		
1.	I (10-30%)	
2.	II (40-60%)	
3.	III (70-80%)	
4.	IV (90-100%)	
ЗАДАНИЕ № 7. Выберите один верный ответ Данный пациент имеет ограничение жизнедеятельности в _____ и _____		
1.	передвижении и трудовой деятельности	
2.	ориентации и передвижении	
3.	общении и трудовой деятельности	
4.	контроле за поведением и передвижением	
ЗАДАНИЕ № 8. Выберите один верный ответ Степень выраженности ограничений жизнедеятельности у пациента:		
1.	первая	
2.	вторая	
3.	третья	
4.	не имеется	
ЗАДАНИЕ № 9. Выберите один верный ответ При освидетельствовании на МСЭ возможно установление инвалидности: _____		
1.	I группы	
2.	II группы	
3.	III группы	
4.	Категории «ребенок-инвалид»	
Блок 3. ЛЕЧЕНИЕ		
ЗАДАНИЕ № 10. Выберите один верный ответ К радикальному лечению атеросклероза сосудов нижних конечностей относится		

1.	реконструктивное оперативное лечение	
2.	антикоагулянтная терапия	
3.	лечение дезагрегантами	
4.	статиноterapia	
Блок 4. РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ		
ЗАДАНИЕ № 11. Выберите один верный ответ Основным видом реабилитации для данного пациента является _____		
1.	медицинская реабилитация	
2.	профессиональная реабилитация	
3.	социальная реабилитация	
4.	санаторно-курортное лечение	
ЗАДАНИЕ № 12. Выберите один верный ответ Данный пациент имеет _____ уровень реабилитационного потенциала		
1.	удовлетворительный	
2.	низкий	
3.	очень низкий	
4.	высокий	
Блок 5. ВАРИАТИВ		
ЗАДАНИЕ № 13. Выберите один верный ответ Системой мер, обеспечивающей социальные гарантии данному инвалиду, устанавливаемой законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения, являются меры _____		
1.	социальной поддержки	
2.	социальной защиты	
3.	социализации	
4.	социальной адаптации	

Ответы к ситуационной задаче

ПРОЦЕДУРА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ	
ЗАДАНИЕ № 1 Верный ответ	Гликированный гемоглобин, УЗ-исследование (доплер) артерий нижних конечностей
Обоснование	Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10 июня 2021 г. N 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко- функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы»

	https://base.garant.ru/401556536/
ЗАДАНИЕ №2 Верный ответ	эндокринолога и хирурга
Обоснование	Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10 июня 2021 г. N 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клиничко- функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» https://base.garant.ru/401556536/
ЗАДАНИЕ № 3 Верные ответы	полинейропатия, сенсорная форма, макроангиопатия, атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН 2Б.
Обоснование	Клинические рекомендации. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова, Москва, 2021 г. https://rae-org.ru/library/recommendations
ЗАДАНИЕ № 4 Верный ответ	Установление группы инвалидности, разработка ИПРА
Обоснование	Постановление Правительства РФ от 5 апреля 2022 г. №588 «О признании лица инвалидом», раздел IV пункт 22 https://base.garant.ru/12145177/
УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ	
ЗАДАНИЕ № 5 Верный ответ	сердечно-сосудистой и эндокринной
Обоснование	Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/
ЗАДАНИЕ № 6 Верный ответ	II (40-60%)
Обоснование	Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", раздел II пункт 5. https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/
ЗАДАНИЕ № 7 Верный ответ	ограничение в передвижении и трудовой деятельности
Обоснование	Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», раздел III пункт 6. https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/

ЗАДАНИЕ № 8	Первая степень ограничения жизнедеятельности
Правильный ответ	
Обоснование	1 степень - способность к самостоятельному передвижению при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств; 1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии (должности, специальности) при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации; Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», раздел III пункт 7. https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/
ЗАДАНИЕ № 9 Верный ответ	III группа инвалидности
Обоснование	Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. №585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», раздел V пункт 13. https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/
ЛЕЧЕНИЕ	
ЗАДАНИЕ № 10 Верный ответ	реконструктивное оперативное лечение
Обоснование	Клинические рекомендации. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова, Москва, 2021 г. https://rae-org.ru/library/recommendations
РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ	
ЗАДАНИЕ № 11 Верный ответ	медицинская реабилитация
Обоснование	Быковская Т. Ю. Основы реабилитации: ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе / Т. Ю. Быковская и др.; под ред. Б. В. Кабарухина – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 430 с. https://static.my-shop.ru/product/f16/203/2026520.pdf
ЗАДАНИЕ № 12 Верный ответ	удовлетворительный

Обоснование	Удовлетворительный реабилитационный потенциал в случае неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций, выполнения основных видов деятельности с трудом, в ограниченном объеме, частичного восстановления трудоспособности, при сохранении частичного снижения качества и уровня жизни, потребности в социальной поддержке и материальной помощи
	Шмелева С. В. Медико-социальная реабилитация / С. В. Шмелева — ООО "КвантМедиа", 2013 — (Социальное образование XXI века). https://docplayer.ru/64344907-Svetlana-shmeleva-mediko-socialnaya-reabilitaciya.html
ВАРИАТИВ	
ЗАДАНИЕ № 13 Верный ответ	социальной поддержки
Обоснование	Социальная поддержка инвалидов - система мер, обеспечивающая социальные гарантии инвалидам, устанавливаемая законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения. Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" https://base.garant.ru/10164504/

Оформление направления на МСЭ см. методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу: учебно-методическое пособие / Е.В. Старкова. – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2024 г. – 72 с.

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Порядок и основные принципы медико-социальной экспертизы.
2. Основные экспертные критерии, позволяющие отличить временную нетрудоспособность от стойкой.
3. Классификация нарушений основных категорий жизнедеятельности и ее значение при определении инвалидности.
4. Классификации и критерии, используемые при проведении медико-социальной экспертизы.
5. Федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы: федеральное бюро медико-социальной экспертизы, главное бюро медико-социальной экспертизы, бюро медико-социальной экспертизы
6. Права инвалидов на медико-социальную экспертизу и их закрепление в законодательстве РФ.
7. Порядок и сроки предоставления медико-социальной экспертизы.
8. Права инвалидов на медико-социальную экспертизу и их закрепление в законодательстве РФ.
9. Алгоритм направления пациентов пожилого и старческого возраста с нарушениями функционального статуса на медико-социальную экспертизу.
10. Алгоритм направления пациентов пожилого и старческого возраста с нарушениями когнитивного статуса на медико-социальную экспертизу.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)*

Выполнить тестовые задания:

Выберите один ответ:

Блок 1

1. Гражданин, признанный нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи с учетом получения результатов медицинских обследований, должен быть направлен на медико-социальную экспертизу в течение _____рабочего дня
- а) одного
 - б) трех
 - в) семи

г) десяти

2. Назовите основные экспертные критерии, позволяющие отличить временную нетрудоспособность от стойкой.

4. Пациент, 67 лет, диагноз: ЦВБ. ПОНМК в виде правосторонней гемиплегии. Себя не обслуживает, самостоятельно не садится, не поворачивается в постели, ориентирован в полном объеме, функцию тазовых органов контролирует.

Вопросы:

- 1) какие функции систем органов нарушены?
- 2) какая степень стойкого нарушения функций?
- 3) какая степень ограничения жизнедеятельности?
- 4) какая группа инвалидности?
- 5) необходимое техническое средство реабилитации?

4. Наиболее частая психо-социальная проблема пожилых людей – это:

- а) социальная самоизоляция
- б) чувство одиночества
- в) беспокойство за судьбу близких
- г) чувство невостребованности.

5. Форма социального обслуживания, направленная на максимально возможное продление пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов в привычной социальной среде:

- а) социальное обслуживание на дому
- б) полустационарное обслуживание
- в) социально-консультативная помощь
- г) стационар на дому

6. В соответствии с классификацией ВОЗ к долгожительству относится возрастная категория от ____ лет
Выберите один ответ:

- а) 75
- б) 85
- в) 90
- г) 95

7. Старость представляет собой

- а) следствие вредных привычек;
- б) патологический процесс;
- в) закономерный процесс возрастных изменений
- г) психологическое восприятие.

8. Процесс старения сопровождается:

- а) усилением метаболизма;
- б) улучшением мыслительных способностей;
- в) ослаблением метаболизма;
- г) повышением работоспособности.

9. Ведущей потребностью человека в старости является:

- а) лечение хронических заболеваний;
- б) работа по своей специальности;
- в) отдых и санаторно-курортное лечение;
- г) общение, передача накопленного опыта.

10. Повседневная деятельность определяется:

- а) степенью подвижности и объемом самообслуживания

- б) сохранностью познавательных процессов
- в) самооценкой здоровья и частотой обращения за медицинской помощью
- г) удовлетворенностью индивида.

Ответы:

1-а	2-клинический и трудовой прогноз (медицинский прогноз)	3 - 1)стато-динамические 2)IV степень – значительно выраженные нарушения (90-100%) 3)3 степень ограничения жизнедеятельности 4)1я группа инвалидности 5)противопролежневый матрас	
4 - б	5 - а	6 - в	10 - а
7 - в	8 - в	9 - г	

Блок 2

1. Пациент направляется в бюро МСЭ:
 - а) лечащим врачом
 - б) заведующим отделением
 - в) врачебной комиссией
 - г) главным врачом
2. В случае неблагоприятного клинического прогноза пациент направляется в бюро МСЭ не позднее:
 - а) 4 месяцев
 - б) 6 месяцев
 - в) 10 месяцев
 - г) 12 месяцев
3. В случае благоприятного клинического прогноза пациент направляется в бюро МСЭ не позднее:
 - а) 1 месяца
 - б) 4 месяцев
 - в) 6 месяцев
 - г) 10 месяцев
4. Заполненное Направление на МСЭ (форма 088у) направляется в бюро МСЭ в срок не позднее:
 - а) одного дня
 - б) трех дней
 - в) недели
 - г) одного месяца
5. Критерием установления группы инвалидности является:
 - а) степень нарушения функций организма
 - б) степень ограничения жизнедеятельности
 - в) Клинический прогноз
 - г) Реабилитационный потенциал
6. При наличии стойких I степени (10-30%) выраженности нарушений функций организма устанавливается инвалидность:
 - а) 1 группы
 - б) 2 группы
 - в) 3 группы
 - г) инвалидность не устанавливается

7. При наличии стойких II степени (40-60%) выраженности нарушений функций организма устанавливается инвалидность:
- 1 группы
 - 2 группы
 - 3 группы
 - инвалидность не устанавливается
8. При наличии стойких III степени (70-80%) выраженности нарушений функций организма устанавливается инвалидность:
- 1 группы
 - 2 группы
 - 3 группы
 - инвалидность не устанавливается
9. При наличии стойких IV степени (90-100%) выраженности нарушений функций организма устанавливается инвалидность:
- 1 группы
 - 2 группы
 - 3 группы
 - инвалидность не устанавливается
10. Третья степень ограничения жизнедеятельности соответствует инвалидности:
- 1 группы
 - 2 группы
 - 3 группы
 - не соответствует инвалидности

Ответы к тестовым заданиям

1)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
в	а	г	б	а	г	в	б	а	

- 4) Подготовить обзор научной литературы по теме.
- Отечественный и зарубежный опыт работы с инвалидами.
 - Отечественный и зарубежный опыт организации длительного ухода.

5) Заполнить направление на МСЭ в соответствии с инструкцией.

Инструкция по заполнению формы 088/у

В «Направлении на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» (форме 088/у) заполняются пункты, сведения из которых имеют отношение к гражданину, направляемому на медико-социальную экспертизу, и к цели (целям) проводимой в отношении него медико-социальной экспертизы. Часть данных отмечается условным знаком «Х», вносимым в соответствующие квадраты. Часть данных подчеркивается. Свободные строки предназначены для текстовой информации. При распечатывании электронной формы 088/у допускается вывод на печать только отмеченных и заполненных полей.

Заполнение титульного листа

В строках с подстрочными надписями «наименование медицинской организации», «адрес медицинской организации», «ОГРН медицинской организации» указываются наименование, адрес и ОГРН медицинской организации, направляющей гражданина на медико-социальную экспертизу.

В пункте 1 указывается номер и дата протокола ВК медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу.

В пункте 2 при необходимости делается отметка о невозможности явки гражданина в бюро МСЭ по состоянию здоровья и проведении медико-социальной экспертизы на дому.

В пункте 3 при необходимости делается соответствующая отметка в случае, если в соответствии с заключением ВК гражданин нуждается в паллиативной медицинской помощи.

Примечание:

- * при наличии отметки в пункте 3 - освидетельствование гражданину проводится бюро МСЭ в трехдневный срок (в соответствии с п. 37 Правил признания лица инвалидом).

В **пункте 4** делается соответствующая отметка в случае, если гражданин находится на лечении в стационаре в связи с операцией по ампутации (реампутации) конечности (конечностей) и нуждается в первичном протезировании.

Примечание:

- * при наличии отметки в пункте 4 - освидетельствование гражданину проводится бюро МСЭ в трехдневный срок (в соответствии с п. 37 Правил признания лица инвалидом).

В **пункте 5** делается соответствующая отметка о цели (целях) направления гражданина на медико-социальную экспертизу (в соответствии с формулировками пункта 22 Правил признания лица инвалидом):

- в подпункте 5.1 - если целью направления является установление группы инвалидности;
- в подпункте 5.2 - если целью направления является установление категории "ребенок-инвалид";
- в подпункте 5.3 - если целью направления является установление причины инвалидности;
- в подпункте 5.4 - если целью направления является установление времени наступления инвалидности;
- - в подпункте 5.5 - если целью направления является установление срока инвалидности;
- в подпункте 5.6 - если целью направления является определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- в подпункте 5.7 - если целью направления является определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудника органов принудительного исполнения Российской Федерации, лица, проходящего службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющего специальное звание полиции;
- в подпункте 5.8 - если целью направления является определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту) и на военную службу по мобилизации;
- в подпункте 5.9 делается в случае, если целью направления является определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, родного брата, родной сестры, бабушки, дедушки или усыновителя государственного гражданского служащего, подлежащего назначению на иную должность гражданской службы в порядке ротации;
- в подпункте 5.10 - если целью направления является разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- в подпункте 5.11 - если целью направления является разработка программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

Примечание:

- * при направлении на МСЭ с целью установления (в т.ч. усиления) группы инвалидности следует делать отметку в подпунктах 5.1 и 5.10;
- * при направлении на МСЭ с целью установления категории «ребенок-инвалид» следует делать отметку в подпунктах 5.2 и 5.10;
- * при направлении на МСЭ с целью определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах следует делать отметку в подпунктах 5.6. и 5.11;
- * при направлении на МСЭ с целью разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) следует делать отметку в подпункте 5.10;
- * при направлении на МСЭ с целью разработки программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания следует делать отметку в подпункте 5.11;
- * при направлении на МСЭ с целью установления группы инвалидности и определения степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах следует делать отметку в подпунктах: 5.1 и 5.10, 5.6. и 5.11;
- * при направлении на МСЭ с целью установления (изменения) причины инвалидности следует делать отметку в подпункте 5.3.

Заполнение раздела I «Данные о гражданине»

При заполнении раздела I формы 088/у, содержащего общие данные о гражданине, направляемом на медико-социальную экспертизу медицинской организацией, а также его законном (уполномоченном) представителе при его наличии, указываются следующие сведения.

В пункте 6 указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина.

В пункте 7 указывается дата рождения гражданина и его возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года – число полных месяцев).

В пункте 8 делается соответствующая отметка о поле гражданина:

- в подпункте 8.1 - если пол гражданина мужской;
- в подпункте 8.2 - если пол гражданина женский;

В пункте 9 делается соответствующая отметка о гражданстве гражданина:

- - в подпункте 9.1 - в случае, если гражданин является гражданином Российской Федерации согласно:
 - паспорту гражданина Российской Федерации (для гражданина Российской Федерации, достигшего возраста 14 лет);
 - свидетельству о рождении гражданина (для гражданина Российской Федерации, не достигшего возраста 14 лет);
 - временному удостоверению личности гражданина Российской Федерации, выдаваемому территориальным отделением Управления по вопросам миграции Министерства внутренних дел Российской Федерации до оформления паспорта;
- иным документам, предусмотренных пунктом 45 Положения о порядке рассмотрения вопросов гражданства Российской Федерации, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 1325 «Об утверждении Положения о порядке рассмотрения вопросов гражданства Российской Федерации»;
- - в подпунктах 9.2 и 9.3 делается соответствующая отметка в случае, если гражданин, направляемый медицинской организацией на медико-социальную экспертизу в бюро МСЭ, является гражданином иностранного государства и находится на территории Российской Федерации, или соответственно в случае, если он является лицом без гражданства и находится на территории Российской Федерации согласно:
 - паспорту иностранного гражданина либо иному документу, установленному федеральным законом или признаваемому в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - документу, выданному иностранным государством и признаваемому в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - разрешению на временное проживание;
 - виду на жительство;
 - удостоверению беженца;
 - удостоверению вынужденного переселенца;
- иным документам, предусмотренным федеральным законом или признаваемым в соответствии с международным договором Российской Федерацией в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В пункте 10 делается отметка в соответствующем квадрате в отношении военнообязанных граждан, лиц призывного возраста (состоящих на воинском учете или не состоящих на воинском учете, но обязанных состоять на воинском учете – для лиц мужского пола, с момента получения военно-учетной специальности - для лиц женского пола) до снятия с воинского учета в связи с достижением предельного возраста состояния в запасе согласно данным документа, удостоверяющего личность, военного билета, справки военного комиссариата:

- в подпункте 10.1 - если гражданин состоит на воинском учете;
- в подпункте 10.2 - если гражданин не состоит на воинском учете, но обязан состоять на воинском учете;
- в подпункте 10.3 - если гражданин поступает на воинский учет;
- в подпункте 10.4 - если гражданин не состоит на воинском учете;

В пункте 11 делаются записи об адресе места жительства гражданина (в случае отсутствия у гражданина места жительства указывается адрес места его пребывания либо фактического проживания на территории Российской Федерации, либо место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

- в подпункте 11.1 делается запись о государстве, в котором проживает гражданин;

- в подпункте 11.2 - запись о почтовом индексе места жительства гражданина;
- в подпункте 11.3 - запись о субъекте Российской Федерации, в котором проживает гражданин;
- в подпункте 11.4 - запись о районе, в котором проживает гражданин;
- в подпункте 11.5 - запись о наименовании населенного пункта, в котором проживает гражданин;
- в подпункте 11.6 - запись о наименовании улицы (при наличии), на которой проживает гражданин;
- в подпункте 11.7 - запись о номере дома (корпуса, строения), в котором проживает гражданин;
- в пункте 11.8 - запись о номере квартиры (при наличии), в которой проживает гражданин.

В пункте 12 делается соответствующая отметка в случае, если гражданин не имеет определенного места жительства.

В пункте 13 делается соответствующая отметка и запись о местонахождении гражданина:

- в подпункте 13.1 - в случае, если гражданин находится в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях; при этом в подпунктах 13.1.1 и 13.1.2 указываются адрес и ОГРН медицинской организации соответственно;
- в подпункте 13.2 - в случае, если гражданин находится в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания; при этом в подпунктах 13.2.1 и 13.2.2 указываются адрес и ОГРН организации социального обслуживания соответственно;
- в подпункте 13.3 - если гражданин находится в исправительном учреждении; при этом в подпунктах 13.3.1 и 13.3.2 указываются адрес и ОГРН исправительного учреждения соответственно;
- в подпункте 13.4 - в случае, если гражданин находится в иной организации; при этом в подпунктах 13.4.1 и 13.4.2 указываются адрес и ОГРН организации, где находится гражданин;
- в подпункте 13.5 - в случае, если гражданин находится по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации).

В пункте 14 делаются записи о контактной информации гражданина:

- в подпункте 14.1 - номер телефона гражданина;
- в подпункте 14.2 - адрес электронной почты (при наличии) гражданина;

В пункте 15 делается запись о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина и номере полиса обязательного медицинского страхования (при наличии).

В пункте 16 делаются записи о документе, удостоверяющем личность гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

- в подпункте 16.1 - наименование документа;
- в подпункте 16.2 - серия и номер документа;
- в подпункте 16.3 - кем выдан документ;
- в подпункте 16.4 - дате выдачи (день, месяц, год) документа.

В пункте 17 делаются записи в случае, если у гражданина имеется законный (уполномоченный) представитель:

- в подпункте 17.1 - фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя гражданина;
 - в подпункте 17.1.1 - дата рождения (день, месяц, год) законного (уполномоченного) представителя гражданина;
- в подпункте 17.2 - документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя гражданина;
 - в подпункте 17.2.1 - отмечается наименование документа;
 - в подпункте 17.2.2 - серия и номер документа,
 - в подпункте 17.2.3 - кем и когда выдан документ;
 - в подпункте 17.2.4 - дата выдачи (дата, месяц, год) документа;
- в подпункте 17.3 делаются записи о документе, удостоверяющем личность законного (уполномоченного) представителя гражданина:
 - в подпункте 17.3.1 - наименование документа;
 - в подпункте 17.3.2 - серия и номер документа;
 - в подпункте 17.3.3 - кем выдан документ;
 - в подпункте 17.3.4 - о дате выдачи (день, месяц, год) документа;
- в подпункте 17.4 - делаются записи о контактной информации законного (уполномоченного) представителя гражданина;
 - в подпункте 17.4.1 - контактный номер телефона;
 - в подпункте 17.4.2 - адрес электронной почты (при наличии);

- в подпункте 17.5 делается запись о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) законного (уполномоченного) представителя гражданина;
- в подпункте 17.6 делаются записи, содержащие сведения об организации в случае, если опека (попечительство) над гражданином возложена на юридическое лицо:
 - в подпункте 17.6.1 - наименование организации;
 - в подпункте 17.6.2 - адрес организации;
 - в подпункте 17.6.3 - ОГРН организации;

В пункте 18 делается соответствующая отметка о том, направляется гражданин на медико-социальную экспертизу повторно или впервые:

- в подпункте 18.1 - если гражданин направляется впервые;
- в подпункте 18.2 - если гражданин направляется повторно

Примечание:

- * впервые направляемым на медико-социальную экспертизу считается гражданин, который на момент освидетельствования не является инвалидом, в том числе:
 - гражданин, ранее не направлявшийся на медико-социальную экспертизу;
 - гражданин, ранее направлявшийся на медико-социальную экспертизу, которому при последнем освидетельствовании инвалидность не была установлена;

В пункте 19 указываются сведения из «Согласия гражданина на направление и проведение медико-социальной экспертизы»:

- в подпункте 19.1 делается запись о дате (день, месяц, год), когда гражданин (его законный или уполномоченный представитель) дал согласие на направление и проведение медико-социальной экспертизы;
- в подпункте 19.2 делается отметка о предпочтительной форме проведения медико-социальной экспертизы:
 - в подпункте 19.2.1 - если предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы - личное присутствие гражданина;
 - в подпункте 19.2.2 - если предпочтительная форма проведения медико-социальной экспертизы - без личного присутствия гражданина (заочно);
- в подпункте 19.3 делается отметка о предпочтительном способе получения гражданином (его законным или уполномоченным представителем) уведомления о проведении медико-социальной экспертизы:
 - в подпункте 19.3.1 – если гражданин (его законный или уполномоченный представитель) предпочитает получить уведомление о проведении медико-социальной экспертизы по каналам телефонной связи, включая мобильную связь, в том числе посредством направления коротких текстовых сообщений;
 - в подпункте 19.3.2 - если гражданин (его законный или уполномоченный представитель) предпочитает получить уведомление о проведении медико-социальной экспертизы в форме документа на бумажном носителе заказным почтовым отправлением;
 - в подпункте 19.3.3 - если гражданин (его законный или уполномоченный представитель) предпочитает получить уведомление о проведении медико-социальной экспертизы в форме электронного документа с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Пункт 20 заполняется при повторном направлении гражданина на медико-социальную экспертизу. В пункте делаются записи о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы на момент его направления медицинской организацией на медико-социальную экспертизу:

- в подпункте 20.1 делается соответствующая отметка о наличии группы инвалидности у гражданина:
 - в подпункте 20.1.1 делается отметка в случае, если гражданин является инвалидом первой группы;
 - в подпункте 20.1.2 - является инвалидом второй группы;
 - в подпункте 20.1.3 - является инвалидом третьей группы;
 - в подпункте 20.1.4 - если гражданину установлена категория «ребенок-инвалид»;
- в подпункте 20.2 делается запись о дате, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год);
- в подпункте 20.3 делается соответствующая отметка о периоде, в течение которого гражданин находился на инвалидности (непрерывно):
 - в подпункте 20.3.1 - если гражданин находился на инвалидности один год;
 - в подпункте 20.3.2 - если гражданин находился на инвалидности два года;
 - в подпункте 20.3.3 - если гражданин находился на инвалидности три года;
 - в подпункте 20.3.4 - если гражданин находился на инвалидности четыре или более лет;

- в подпункте 20.4 делается соответствующая отметка о причине инвалидности, имеющейся у гражданина:
 - в подпункте 20.4.1 - если гражданину установлена причина инвалидности «общее заболевание»;
 - в подпункте 20.4.2 - если причина инвалидности «трудовое увечье»;
 - в подпункте 20.4.3 - если причина инвалидности «профессиональное заболевание»;
 - в подпункте 20.4.4 - если причина инвалидности «инвалидность с детства»;
 - в подпункте 20.4.5 - если гражданину установлена причина инвалидности «инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов»;
 - в подпункте 20.4.6 - если причина инвалидности «военная травма»;
 - в подпункте 20.4.7 - если причина инвалидности «заболевание получено в период военной службы»;
 - в подпункте 20.4.8 - если причина инвалидности «заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС»;
 - в подпункте 20.4.9 - если причина инвалидности «заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС»;
 - в подпункте 20.4.10 - если причина инвалидности «заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС»;
 - в подпункте 20.4.11 - если причина инвалидности «заболевание связано с аварией на производственном объединении «Маяк»;
 - в подпункте 20.4.12 - если причина инвалидности «заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении «Маяк»;
 - в подпункте 20.4.13 - если причина инвалидности «заболевание связано с последствиями радиационных воздействий»;
 - в подпункте 20.4.14 - если причина инвалидности «заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска»;
 - в подпункте 20.4.15 - если причина инвалидности «заболевание (ранение, 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»;
 - в подпункте 20.4.16 - если гражданину установлена причина инвалидности «инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), полученного в связи с участием в боевых действиях в составе отрядов самообороны Республики Дагестан в период с августа по сентябрь 1999 г. в ходе контртеррористических операций на территории Республики Дагестан»;
 - в подпункте 20.4.17 в случае, если гражданину установлена иная причина инвалидности, предусмотренная законодательством Российской Федерации, делается соответствующая отметка и запись об установленной причине инвалидности;
 - в подпункте 20.4.18 делается запись в случае, если гражданину ранее была установлена причина инвалидности в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности;
- в подпункте 20.5 делается запись в случае, если гражданину установлена степень утраты профессиональной трудоспособности, указывается процент;
- в подпункте 20.6 в случае, если гражданину установлена степень утраты профессиональной трудоспособности, делается запись о сроке, на который она установлена;
- в подпункте 20.7 в случае, если гражданину установлена степень утраты профессиональной трудоспособности, делается запись о дате, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности;
- в подпункте 20.8 делается запись в случае, если гражданину установлены степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, также делается запись о датах, до которых они установлены.

Примечание:

- * Сведения о степенях утраты профессиональной трудоспособности (в процентах) по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям и даты, до которых они установлены, указываются по каждому случаю утраты профессиональной трудоспособности отдельно.

В пункте 21 указываются соответствующие сведения в случае, если гражданин получает общее или профессиональное образование:

- в подпункте 21.1 делается запись о наименовании и адресе образовательной организации, в которой гражданин получает образование;
- в подпункте 21.2 делается запись и подчеркивается информация о курсе, классе, возрастной группе детского дошкольного учреждения, где проходит обучение гражданин;
- в подпункте 21.3 делается запись о профессии (специальности), для получения которой проводится обучение гражданина;

Примечание:

- * если гражданин не обучается в настоящее время, то сведения об образовании следует указать в «Анамнезе жизни» (пункт 25 Направления на МСЭ): какое образование имеет, что закончил в каком году.

В пункте 22 указываются сведения о трудовой деятельности гражданина. В отношении неработающих граждан необходимо отметить – «не работает». Если гражданин на момент направления осуществляет трудовую деятельность, заполняются подпункты:

- в подпункте 22.1 делается запись об основной профессии (специальности, должности) гражданина;
- в подпункте 22.2 - о квалификации (классе, разряде, категории, звании) гражданина;
- в подпункте 22.3 отмечается стаж работы гражданина;
- в подпункте 22.4 делается запись о работе, которую выполняет гражданин на момент направления на медико-социальную экспертизу, с указанием профессии (специальности, должности);
- в подпункте 22.5 - условия и характер выполняемого труда, который выполняет гражданин;
- в подпункте 22.6 указывается наименование организации, в которой работает гражданин;
- в подпункте 22.7 указывается адрес места работы гражданина;

Примечание:

- * основной профессией (специальностью) для целей медико-социальной экспертизы считается профессия (специальность), полученная путем обучения или переобучения, либо та профессия (специальность), по которой получена наиболее высокая квалификация (класс, разряд, категория, звание), либо имеется наибольший стаж работы;
- * если гражданин не работает, то сведения о трудовой деятельности следует указать в «Анамнезе жизни» (пункт 25 Направления на МСЭ).

Заполнение Раздела II

«Клинико-функциональные данные гражданина»

В раздел II формы 088/у вносятся клинико-функциональные данные гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, сведения о результатах медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы, а также результаты проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий. При этом указываются следующие сведения.

В пункте 23 указывается, с какого года гражданин наблюдается в медицинской организации, выдавшей форму 088/у.

В пункте 24 описывается анамнез основного заболевания, в связи с которым гражданин направляется на медико-социальную экспертизу.

Примечание:

- * в анамнезе заболевания указываются сведения о начале, развитии, течении основного заболевания, наличии осложнений, частоте и длительности обострений, о характере проведенного лечения (амбулаторное или стационарное, консервативное или оперативное), проведенных мероприятиях по медицинской реабилитации или абилитации и их эффективности;
- * анамнез заболевания подробно описывается при первичном направлении гражданина на медико-социальную экспертизу;
- * при повторном направлении детально отражается динамика за период, прошедший со дня последнего освидетельствования.

В пункте 25 описывается анамнез жизни гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу.

Примечание:

* в анамнезе жизни указываются следующие данные:

- образование (вид образования, наименование образовательного учреждения, год окончания),
- профессиональные данные (профессия, наличие профессиональных вредностей, стаж работы, с какого времени не работает);
- перенесенные в прошлом заболевания, травмы, отравления, операции;
 - сопутствующие заболевания;
 - наличие у близких родственников заболеваний, с наследственной предрасположенностью;
- * в отношении ребенка, направляемого на медико-социальную экспертизу, дополнительно указывается, как протекали беременность и роды у матери, сроки формирования психомоторных навыков, самообслуживания, познавательно-игровой деятельности, навыков опрятности и ухода за собой, как протекало раннее развитие (по возрасту, с отставанием, опережением);
- * анамнез жизни подробно описывается при первичном направлении. При повторном направлении детально отражается динамика за период между освидетельствованиями (выявление новых сопутствующих заболеваний, травм, операций).

В пункте 26 указываются сведения о частоте и длительности временной нетрудоспособности за последние 12 месяцев. В соответствующих графах таблицы делается запись о количестве периодов и сроках временной нетрудоспособности гражданина; по каждому случаю заболевания отмечаются даты начала и окончания временной нетрудоспособности, число дней временной нетрудоспособности, диагноз.

- в подпункте 26.1 делается отметка в случае, если у гражданина есть листок нетрудоспособности в форме электронного документа (далее - ЭЛН);
- в подпункте 26.2 делается запись о номере ЭЛН гражданина.

Пункт 27 заполняется при повторном направлении гражданина на медико-социальную экспертизу в бюро МСЭ и отражает эффективность проведенных мероприятий, рекомендованных его индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) (далее - ИПРА), при этом отмечается номер ИПРА, номер и дата протокола проведения медико-социальной экспертизы.

В пункте указываются мероприятия по медицинской реабилитации, протезированию и ортезированию, а также сроки, в которые они были предоставлены, указывается эффективность проведенных мероприятий, либо делается соответствующая отметка, что положительные результаты отсутствуют:

- в подпункте 27.1 делается соответствующая отметка в случае, если результатом проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных в ИПРА, является *восстановление нарушенных функций* организма гражданина:
 - в подпункте 27.1.1 - если восстановление нарушенных функций полное;
 - в подпункте 27.1.2 - если восстановление нарушенных функций частичное;
 - в подпункте 27.1.3 - если отсутствуют положительные результаты по восстановлению нарушенных функций;
- в подпункте 27.2 делается соответствующая отметка в случае, если результатом проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных ИПРА, является *достижение компенсации* утраченных либо отсутствующих функций организма гражданина;
 - в подпункте 27.2.1 - если достижение компенсации полное;
 - в подпункте 27.2.2 - если достижение компенсации частичное;
 - в подпункте 27.2.3 - если отсутствуют положительные результаты достижения компенсации;

В пункт 28 вносятся антропометрические данные и физиологические параметры гражданина:

- в подпункте 28.1 - рост гражданина;
- в подпункте 28.2 - вес гражданина;
- в подпункте 28.3 - индекс массы тела гражданина;
- в подпункте 28.4 - телосложение гражданина;
- в подпункте 28.5 - суточный объем физиологических отпражнений (мл) тела гражданина в случае, если у него имеются нарушения пищеварительной и/или мочевыделительной функции организма для рационального подбора специалистами бюро МСЭ абсорбирующего белья при наличии соответствующих медицинских показаний;

- в подпункте 28.6 - объем талии, бедер гражданина в случае, если у него имеются нарушения пищеварительной и/или мочевыделительной функции организма для рационального подбора специалистами бюро МСЭ абсорбирующего белья при наличии соответствующих медицинских показаний;
- в подпункте 28.7 - масса тела при рождении в случае, если гражданин еще не достиг возраста трех лет;
- в подпункте 28.8 – запись о физическом развитии в случае, если гражданин еще не достиг возраста трех лет;

В **пункте 29** делается запись о состоянии здоровья гражданина, указываются данные объективного осмотра лечащего врача и врачей других специальностей;

- в подпункте 28.1 подробно описываются жалобы гражданина на состояние своего здоровья, как по основному, так и по сопутствующим заболеваниям.

Примечание:

- * данные объективного статуса врачей-специалистов должны быть полными, последовательными (по системам органов);
- * при описании объективных данных акцентируется внимание на выполнение гражданином основных видов жизнедеятельности (самообслуживание, передвижение, общение, ориентация, контроль за поведением) и степени выраженности их ограничения;
- * врачи-специалисты привлекаются к консультации гражданина в зависимости от имеющейся патологии в соответствии с Перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Минтруда России №402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 г.

В **пункте 30** указываются сведения о медицинских обследованиях (лабораторных, инструментальных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных, экспериментально-психологических и других), необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы. Сведения по обследованию заносятся в таблицу с указанием:

- даты проведения обследования;
- кода обследования (при наличии);
- наименования обследования;
- результата проведенного обследования.

Примечание:

- * код и наименование обследования вносятся в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н;
- * виды обследований гражданина определяются в зависимости от имеющейся патологии в соответствии с Перечнем медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы, утвержденным приказом Минтруда России № 402н, Минздрава России № 631н от 10.06.2021 г.

В **пункте 31** указываются диагнозы основного и сопутствующих заболеваний, имеющиеся осложнения заболеваний с указанием кодов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Делаются следующие записи:

- в подпункте 30.1 - основное заболевание;
- в подпункте 30.2 - код основного заболевания гражданина в соответствии с МКБ-10;
- в подпункте 30.3 - имеющиеся осложнения основного заболевания;
- в подпункте 30.4 - имеющиеся сопутствующие заболевания;
- в подпункте 30.5 - код сопутствующих заболеваний гражданина в соответствии с МКБ-10;
- в подпункте 30.6 - имеющиеся осложнения сопутствующих заболеваний;

В **пункте 32** подчеркивается соответствующее обозначение клинического прогноза гражданина: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный.

В **пункте 33** подчеркивается соответствующее обозначение реабилитационного потенциала гражданина: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует.

В **пункте 34** подчеркивается соответствующее обозначение реабилитационного прогноза гражданина: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный.

В пунктах 35-39 указываются разные виды реабилитационных мероприятий, в которых нуждаются граждане, направляемые на МСЭ, при этом некоторые пункты (п. 35.1, 38, 39) заполняются только в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - пострадавшие).

В **пункте 35** указываются конкретные рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации, включая лекарственные препараты и санаторно-курортное лечение (данный пункт заполняется в отношении инвалидов);

- **подпункт 35.1** заполняется в отношении пострадавших; делается запись о перечне лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Примечание:

* нуждаемость пострадавших в лекарственных средствах и медицинских изделиях определяется по прямым последствиям страхового случая (страховых случаев);

* при внесении лекарственных средств указываются: название лекарственного средства, международное непатентованное наименование (МНН), форма, дозировка, продолжительность и кратность курсов лечения в соответствии с заключением ВК медицинской организации.

В **пункте 36** делается запись в случае, если гражданину рекомендуются мероприятия по реконструктивной хирургии согласно перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащему в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, предусмотренному приложением к программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В **пункте 37** делается запись в случае, если гражданину рекомендуются мероприятия по протезированию и ортезированию, имеется нуждаемость в иных технических средствах реабилитации.

Примечание:

- * при рекомендации по обеспечению кресла-стула с санитарным оснащением, кресло-коляски следует указывать параметры: ширина, глубина, высота сиденья, высота подножки, высота подлокотников, а также объем талии, объем бедер.

Пункт 38 заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. В пункте делается запись в случае, если пострадавшему рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Примечание:

- * нуждаемость в санаторно-курортном лечении определяется по прямым последствиям страхового случая (страховых случаев) с указанием основного заболевания (одного или нескольких), кода по МКБ, сезона лечения (зима, весна, лето, осень), виде курорта (профиль, федерального или местного значения), указывается частота и длительность лечения.

Пункт 39 заполняется в отношении граждан, пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. В пункте делается запись о нуждаемости в постороннем специальном медицинском уходе в случае, если пострадавшему на производстве определена необходимость выполнения специальных медицинских и санитарных процедур, постоянного медицинского наблюдения по прямым последствиям страхового случая (страховых случаев).

В **пункте 40** делается запись о дате заполнения (день, месяц, год) Направления на МСЭ.

Примечание:

- * дата заполнения формы 088/у не может быть раньше даты протокола ВК, указанной в пункте 1;
- * при отметке нуждаемости в паллиативной помощи (пункт 3) форма 088/у должна быть оформлена в течение 1 (одного) рабочего дня после получения необходимых результатов обследования;
- * при направлении гражданина, находящегося в стационаре и нуждающегося в первичном протезировании ампутированной (реампутированной) конечности, форма 088/у должна быть заполнена в течение 3 (трех) рабочих дней от даты проведенной операции.

В строке «Председатель врачебной комиссии» делается запись о фамилии, имени и отчестве (при наличии) председателя ВК медицинской организации, направляющей гражданина на медико-социальную экспертизу.

В строках «Члены врачебной комиссии» делается запись о фамилиях, именах и отчествах (при наличии) членов ВК медицинской организации, направляющей гражданина на медико-социальную экспертизу.

Форма 088/у, оформленная на бумажном носителе, подписывается председателем ВК, членами ВК медицинской организации, направляющей гражданина на медико-социальную экспертизу, в строках с подстрочной надписью «расшифровка подписи» ставится расшифровка подписи председателя ВК медицинской организации или членов ВК медицинской организации, в месте, обозначенном "М.П." (место печати), ставится печать медицинской организации (при наличии), направляющей гражданина на медико-социальную экспертизу.

Форма 088/у в форме электронного документа подписывается председателем ВК и членами ВК медицинской организации с использованием их усиленных квалифицированных электронных подписей.

Замечания по оформлению формы 088/у

Правильное заполнение формы 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» имеет большое значение для проведения медико-социальной экспертизы. Специалисты учреждений МСЭ руководствуются, прежде всего, данными, содержащимися в форме 088/у, особенно при заочной форме освидетельствования.

Врачам медицинских организаций следует внимательно заполнять Направление на МСЭ, подробно описывать все рекомендуемые графы, особенно анамнез заболевания, проведенные и рекомендуемые лечебно-реабилитационные мероприятия. Статусы специалистов должны соответствовать диагнозу (основное заболевание, сопутствующие заболевания), который должен быть подтвержден необходимыми обследованиями.

Несоблюдение требований по заполнению формы приводит к дополнительным запросам в медицинские организации: консультации врачей-специалистов для уточнения нарушенных функций, проведение диагностических и лабораторных исследований, в связи с чем затягиваются сроки вынесения экспертного решения, что вызывает недовольство со стороны гражданина, родственников и порождает жалобы.

Можно выделить следующие основные замечания по оформлению медицинской формы 088/у:

1. Неправильное заполнение п. 5 «Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу»: ставятся излишние или неправильные отметки, например: необоснованно ставится отметка «Определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах», отмечается цель «Установление группы инвалидности» и «Разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида» при фактическом направлении гражданина с целью коррекции ИПРА (группа инвалидности бессрочно и нет данных на усиление группы инвалидности). Порой вносятся записи: «на консультацию», «нуждается в длительном дорогостоящем лечении». Функция учреждений МСЭ по оказанию консультативной помощи медицинской организации не предусмотрена. В случае отказа гражданину в направлении на МСЭ медицинскими организациями выдается справка с указанием причины отказа, на основании которой гражданин имеет право обратиться в бюро самостоятельно. Справка обязательно заверяется подписью председателя ВК и печатью.

2. Неверное заполнение п. 18 формы 088/у «Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить)»: не учитывается наличие инвалидности у гражданина - при наличии группы инвалидности бессрочно ставится отметка «первично».

3. При первичном направлении на медико-социальную экспертизу в ряде случаев заполнен п. 20 формы 088/у «Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы».

4. Недостаточно оформлены графы п. 22 Направления на МСЭ - сведения о трудовой деятельности, эти данные собираются и указываются со слов или из производственной характеристики направляемого на освидетельствование лица, занятого трудовой деятельностью. В отношении неработающих граждан следует делать запись «не работает» в п. 22 или в анамнезе жизни (п. 25 Направления на МСЭ).

5. Кратко заполнен п. 24 «Анамнез заболевания» либо вообще не заполнен - просто перечислены все имеющиеся заболевания.

6. Не всегда заполняется п. 26 «Частота и длительность временной нетрудоспособности» (сведения за последние 12 месяцев).

7. Часто не заполняется п. 27 формы 088/у «Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)». Оценка эффективности реабилитационных мероприятий важна для оценки реабилитационного прогноза и потенциала.

8. Пункт 29 формы 088/у «Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу», содержащий статусы специалистов, зачастую очень краток и не отражает

осуществление гражданином основных видов жизнедеятельности. Кроме того, статусы специалистов порой разнятся в степени тяжести состояния и степени выраженности нарушенных функций, разнятся даже диагнозы специалистов. Это вызывает затруднения при вынесении экспертного решения, и опять же требует дополнительного обследования.

9. В п. 30 формы 088/у «Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы» не указываются обследования, подтверждающие активность, стадию заболевания, степень тяжести и даже диагноз. Инструментально-лабораторное подтверждение диагноза обязательно при проведении медико-социальной экспертизы.

10. Небрежно заполняется п. 31 «Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу»: нет его развернутости и соответствия современным классификациям, имеется только «сухая» формулировка из МКБ. Диагнозы сопутствующих заболеваний также должны быть сформулированы правильно и полно.

11. Пункты 35-39, содержащие рекомендуемые реабилитационные мероприятия, в большинстве случаев заполняются формально. Эта информация должна содержаться в обязательном порядке, так как она используется специалистами бюро МСЭ на этапе формирования ИПРА инвалида (ребенка-инвалида).

12. Неверно заполняются п. 35.1, 38, 39: данные пункты должны заполняться только на граждан, относящихся к категории граждан, пострадавших в результате несчастного случая на производстве и имеющих профессиональные заболевания.

Рекомендации по оформлению формы 088/у в учебном процессе

Студенту медицинского вуза для закрепления знаний и умений по оформлению Направления на МСЭ рекомендуется следующие:

- 1) выбрать пациента, имеющего стойкие нарушения функций организма и показания для направления на МСЭ;
- 2) тщательно проработать и заполнить все необходимые пункты Направления на МСЭ;
- 3) при оформлении Направления на МСЭ заполнение пунктов производится на русском языке, без сокращений. Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке;
- 3) по завершении оформления Направление на МСЭ подписывается «виртуальными» членами и председателем врачебной комиссии, подписи заверяются «макетами» личных печатей, в месте «М.П.» ставится «макет» круглой печати медицинской организации, в оттиске которой должно содержаться полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе медицинской организации.

Перечень нормативных документов

Оформление формы 088/у «Направление на медико-социальную экспертизу медицинской организацией» основывается на следующей законодательной базе:

1. Постановление Правительства РФ от 05 апреля 2022 г. № 588 «О признании лица инвалидом»;
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»;
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 12 августа 2022 г. № 488н/551н «Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией и порядка ее заполнения»;
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2022 г. № 385н «Об утверждении формы согласия гражданина (его законного или уполномоченного представителя) на направление и проведение медико-социальной экспертизы»;
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2021 г. № 402н/631н «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы»;
6. Приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу: учебно-методическое пособие./ Старкова Е.В., 2024 – Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2024 г.– 72 с.

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 3) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 4) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 5) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 6) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 7) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. ЯхноМ.: ГЭОТАР-Медиа, 2018
- 8) Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 2: Диспансеризация и диспансерное наблюдение как основные процессы оказания ПМСП

Тема 2.1. Организация и проведение диспансеризации, профилактических медицинских осмотров.

Цель: сформировать и углубить знания, умения и навыки по организации и проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров врачом общей практики.

Задачи:

1. Рассмотреть положения и нормативно-правовую документацию по организации и проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров
2. Изучить алгоритмы проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров
3. Рассмотреть задачи, роль и функции ВОП/СВ при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров
4. Сформировать умения выделять приоритетные группы в рамках диспансеризации.

5. Сформировать умения организовывать население врачебного участка для прохождения диспансеризации, профилактических медицинских осмотров
6. Сформировать умения выделять приоритетные группы в рамках диспансеризации;
7. Рассмотреть вопросы оценки результатов и критерии эффективности диспансеризации;
8. Закрепить умения/навыки организации и проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров

Обучающийся должен знать: актуальные нормативные документы, определяющие проведение диспансеризации и диспансерного наблюдения и задачи участкового врача при проведении диспансеризации, профилактического медицинского осмотра; критерии факторов риска ХНИЗ и оценки сердечно-сосудистого риска; критерии групп здоровья; определение понятия диспансеризация, профилактический медицинский осмотр; цели и задачи диспансеризации и профилактических медицинских осмотров; правила вынесения заключения по анкете диспансеризации; алгоритмы проведения диспансеризации; алгоритм краткого профилактического консультирования; правила оформления документации по диспансеризации.

Обучающийся должен уметь: организовать население врачебного участка к прохождению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, в т.ч. углубленной диспансеризации; выносить заключение по анкете диспансеризации; применить алгоритмы установления групп здоровья и краткого профилактического консультирования; применить алгоритм организации ведения пациента в рамках диспансеризации врачом общей практики; определить показания к направлению к узким специалистам в рамках 2го этапа и вне рамок диспансеризации; оформить документацию по результатам проведения диспансеризации.

Обучающийся должен владеть:

- методикой организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на врачебном участке; методикой краткого профилактического консультирования; методикой проведения медицинского осмотра при осуществлении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров ; навыками определения сердечно-сосудистого риска, выявления факторов риска ХНИЗ, методикой определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения, методикой составления плана ведения пациента в т.ч., направление на исследования, методикой работы с медицинской документацией в рамках проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение понятий, цели, задачи и нормативная база диспансеризации определенных групп населения
2. Определение понятий, цели, задачи и нормативная база углубленной диспансеризации,
3. особенности проведения диспансеризации среди лиц в возрасте 65+
4. Критерии групп здоровья.
5. Правила вынесения заключения по анкете диспансеризации
6. Алгоритм установления группы здоровья
7. Для чего необходимо проходить гражданину профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию, в т.ч. также углубленную?
8. Какие особенности проведения диспансеризации на современном этапе?
9. Какие заболевания относятся к группе ХНИЗ?
10. Может ли гражданин пройти диспансеризацию в поликлинике, которая ближе к работе, а не к дому?
11. Существуют ли особые требования к методам исследования в рамках проведения диспансеризации?
12. Что подразумевается под приоритизацией проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения?
13. Можно ли пройти диспансеризацию на дому (например, маломобильным гражданам)?

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.*

Задание:

Выполнение практических заданий – вынесение заключений по результатам опроса (анкетирования) в рамках Д граждан в возрасте до 65 и старше 65 лет.

Пример анкет

Анкета №1.

Анкета для граждан в возрасте до 65 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Дата анкетирования (день, месяц, год):			
Ф.И.О. пациента: С.		Пол: муж.	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 54	
Медицинская организация:			
Должность и Ф.И.О. медицинского работника, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:			
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 локаций)?	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?	нет	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 (легкого, желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или полипоз желудка, 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, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	да	нет
7.	Если на вопрос 6 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают сразу или в течение не более чем 20 мин после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин после приема нитроглицерина	да	нет

8.	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге				да	нет
	одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти 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 и жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?				да	нет
13.	Бывали 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? 20 сиг/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.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г. сырых овощей и фруктов?				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 12 мл. чистого этанола 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 (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раза в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов					
28.	Есть ли Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)			да	нет

Выявление постковидного COVID-19 синдрома (последствий перенесенной новой коронавирусной инфекции)				
1	Говорил ли Вам врач, что Вы болели или перенесли, в том числе «на ногах», новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)?		Да	Нет
2	Если «ДА», то укажите ориентировочно сколько месяцев прошло с момента выздоровления и какой степени тяжести была коронавирусная инфекция (COVID-19)	— _____ мес. Легко й	2,5 мес. средней ст.т.	— _____ мес. ес. Не знаю
3	Ощущаете ли Вы в настоящее время снижение качества жизни (уровня здоровья) (КЖ) или работоспособности (РС П), связанное с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)?	Да, ощущаю существенное снижение КЖ и/или РС П	Да, ощущаю незначительное снижение КЖ и/или РС П	Нет, не ощущаю
3.1	Оцените вклад появления/усиления одышки и снижения переносимости физической нагрузки и/или хронического кашля как причины снижения КЖ и/или РС П	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.2	Оцените вклад появления/усиления болей в груди и/или сердцебиений, и/или отеков на ногах как причины снижения КЖ и/или РС П	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.3	Оцените вклад появления/усиления усталости, и/или мышечных болей, и/или головной боли, и/или дизавтономии (функциональные нарушения регуляции деятельности желудочно-кишечного тракта, печени, почек, мочевого пузыря, легких, сердца, желез внутренней и внешней секреции, кровеносных и лимфатических сосудов), и/или когнитивных нарушений (снижение памяти, умственной работоспособности и других познавательных функций мозга) как причины снижения КЖ и/или РС П	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.4	Оцените вклад нестабильного течения сахарного диабета (ранее протекавшего стабильно) или выявления сахарного	Основной	Второстепенный	Отсутствовал

3.5	Оцените вклад выпадения волос или появление кожной сыпи как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.6	Оцените вклад появления/усиления болей в суставах как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.7	Оцените вклад потери вкуса и/или обоняния как причины снижения КЖ и/или РСП	Основной	Второстепенный	Отсутствовал
3.8	Отмечаете ли Вы сохранение повышенной температуры с момента выздоровления коронавирусной инфекции (COVID-19)?	Основной	Второстепенный	Отсутствовал

**Правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования)
в рамках диспансеризации граждан в возрасте до 65 лет**

Вопросы анкет	Ответ и заключение	Врачебная тактика. Показания на 2 этап диспансеризации ИЛИ дополнительное обследование вне рамок диспансеризации*
Осведомленность о заболеваниях в анамнезе (личный анамнез)		
Вопрос 1 (1.1-1.10); Вопросы 2 и 3	Ответ «ДА» на любой вопрос - вероятность заболевания в личном анамнезе; Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 - вероятность медикаментозной гипотензивной терапии	Получить документальное подтверждение заболевания (амб. карта, выписки) и при его наличии внести диагноз заболеваний в учетную форму. С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную форму. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию
Семейный анамнез		
Вопросы 4 и 5	Ответ «ДА» на вопрос 4 - отягощенная наследственность по инфаркту и инсульту	При профилактическом консультировании обратить внимание на меры по профилактике атеросклероза, особенно при наличии клинических проявлений ИБС, ЦВБ
	Ответ «ДА» на вопрос 5 - отягощенная наследственность и высокий риск развития колоректального рака	Для граждан в возрасте от 40 лет и старше при отягощенной наследственности по колоректальному раку, семейному аденоматозу (диффузному полипозу) толстой кишки, направить на 2 этап диспансеризации (осмотр врачом-
Выявление вероятности стенокардии		
Вопросы 6 и 7	Ответ «ДА» на вопрос 6 или на оба вопроса. Имеется вероятность стенокардии	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. Исключить острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии. Направить на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок профилактического медицинского осмотра и диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологичные вмешательства. При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. Объяснить серьезность высокого риска развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных

		проявлениях этих состояний и необходимых неотложных
Выявление вероятности перенесенной транзиторной ишемической атаки (ТИА) или острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)		
Вопросы 8-10	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос - имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК	Направить пациента на консультацию (осмотр) к врачу-неврологу в рамках 2 этапа диспансеризации. Информировать граждан о высоком риске развития инсульта, о его характерных проявлениях, о неотложных мероприятиях само- и взаимопомощи, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи. При подтверждении диагноза направить на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации
Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких - ХОБЛ)		
Вопросы 11 и 12	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос - имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей	Направить на второй этап диспансеризации для проведения спирометрии. При выявлении патологических отклонений провести обследование и лечение пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации. При проведении профилактического консультирования обратить внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска
Вопрос 13 Вопрос 5	Ответ «ДА» на вопрос 13 - вероятность наличия заболевания легких (бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
	Ответ «ДА» на вопрос 13 и на вопрос 5 (отягощенная наследственность по раку легкого)	При отсутствии в анамнезе и в настоящее время диспансерного наблюдения по поводу бронхоэкатической болезни, туберкулеза легких и опухоли легкого направить пациента на второй этап диспансеризации для проведения рентгенографии и/или компьютерной томографии легких и по результатам определить дальнейшую врачебную тактику вне рамок

		диспансеризации
Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических		
Вопрос 14-16	Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «ДА» на вопрос 14 и/или 15 - вероятность заболеваний верхних отделов желудочнокишечного тракта	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на второй этап диспансеризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопросы 16-18	Ответ «ДА» на вопрос 16 в сочетании с ответом «ДА» на вопрос 17 и/или 18 - вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом. При профилактическом консультировании обратить внимание на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития
Выявление поведенческих факторов риска - курение		
Вопросы 19-20 и Вопрос 5	Ответ «ДА» на вопрос 19 - фактор риска «курение» Ответ на вопрос 20 «БОЛЕЕ 20 СИГ АРЕТ В ДЕНЬ» свидетельствует об интенсивном курении	Оценить риск по шкале SCORE (за исключением лиц, имеющих ССЗ, обусловленные атеросклерозом, сахарный диабет 2 или хроническую болезнь почек): в возрасте до 40 лет - относительный риск; в возрасте 40-65 лет - абсолютный риск. На первом этапе диспансеризации в рамках краткого профилактического консультирования мотивировать лиц, имеющих высокий относительный и высокий / очень высокий абсолютный риск, к отказу от курения и направить их на 2 этап диспансеризации для проведения углубленного профилактического консультирования. Информировать всех курящих о его пагубных последствиях и необходимости отказа от курения
	Ответ «ДА» на вопрос 19 и на вопрос 5 - отягощенная наследственность по раку легкого	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации

Выявление поведенческих факторов риска - низкая физическая активность		
Вопрос 21	Ответ «ДО 30 МИНУТ» - низкая физическая активность	Учесть факт наличия низкой физической активности при проведении профилактического консультирования
Выявление поведенческих факторов риска - нерациональное питание		
Вопросы 22 и 23	Ответ «НЕТ» на вопрос 22 и/или ответ «ДА» на вопрос 23 - фактор риска «нерациональное питание»	Учесть наличие фактора риска «нерациональное питание» при проведении профилактического консультирования
Выявление поведенческих факторов риска - ш		употребление наркотических средств без назначения врача
Вопрос 24	Ответ «ДА» - вероятность потребления наркотических	Направить пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации.
Выявление поведенческих факторов риска - риск пагубного потребления алкоголя		
Вопросы 25-27	Сумма баллов в вопросах 25-27 для женщин - 3 балла и более, для мужчин - 4 балла и более - риск	Направить пациента на углубленное профилактическое консультирование на 2 этапе диспансеризации.
Вопрос 28	При ответе «ДА» - риск наличия заболевания или его обострения	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования в рамках 2 этапа диспансеризации и вне рамок диспансеризации

Примечание: ТИА - транзиторная ишемическая атака; ОНМК - острое нарушение мозгового кровообращения; ИБС - ишемическая болезнь сердца; ЦВБ - цереброваскулярные болезни; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких.

Анкета №2.

Анкета для граждан в возрасте 65 лет и старше на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска, старческой астении

Дата анкетирования (день, месяц, год):

Ф.И.О. пациента: Н

Пол: жен

Дата рождения (день, месяц, год):

Полных лет: 87 лет

Медицинская организация: поликлиника

Должность и Ф.И.О. специалиста, проводящего анкетирование и подготовку заключения по его результатам:

1	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется:		
.			
1	Гипертоническая болезнь, повышенное артериальное давление (артериальная гипертензия)?	☒ Да	Нет
.			
1	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	☒ Да	Нет
.			
1	Сахарный диабет или повышенный уровень глюкозы (сахара) в крови?	☒ Да	Нет
.	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Нет
2			
.			
1	Злокачественное новообразование?	Да	☒ Нет
.	Если «Да», то какое?		
3			
.			

1	Повышенный уровень холестерина?	Да	☒ Нет
4	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня	Да	☒ Нет
1	Перенесенный инфаркт миокарда?	Да	☒ Нет
5			
1	Перенесенный инсульт?	Да	Нет
6			
1	Хронический бронхит или бронхиальная астма?	Да	Нет
7			
2.	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, тяжести или явного дискомфорта за грудиной и (или) в левой половине грудной клетки, и (или) в левом плече, и (или) в левой руке?	Да	☒ Нет
3.	Если на вопрос 2 ответ «Да», то указанные боли/ощущения/дискомфорт исчезают в течение не более чем 20 мин. после прекращения ходьбы/адаптации к холоду/в тепле/в покое и (или) они исчезают через 1-5 мин. после приема нитроглицерина?	Да	☒ Нет
4.	Возникала ли у Вас резкая слабость в одной руке и/или ноге так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройти по комнате?	Да	☒ Нет
5.	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Да	☒ Нет
6.	Возникала у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	☒ Да	Нет
7.	Бывают ли у Вас отеки на ногах к концу дня?	☒ Да	Нет
8.	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	☒ Да	Нет
9.	Бывают ли у Вас свистящие или жужжащие хрипы в грудной клетке при дыхании, не проходящие при откашливании?	☒ Да	Нет
10	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	☒ Да	Нет
11	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	☒ Да	Нет
12	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	☒ Да	Нет
13	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	Да	☒ Нет
14	Были ли у Вас переломы при падении с высоты своего роста, при ходьбе по ровной поверхности или перелом без видимой причины, в т.ч. перелом позвонка?	Да	☒ Нет
15	Считаете ли Вы, что Ваш рост заметно снизился за последние годы?	☒ Да	Нет
16	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	☒ Да	Нет

.			
1 7 .	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	☒ Да	Нет
1 8 .	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	☒ Да	Нет
1 9 .	Были ли у Вас случаи падений за последний год?	☒ Да	Нет
2 0 .	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из- за снижения зрения?	Да	☒ Нет
2 1.	Испытываете ли Вы существенные ограничения в повседневной жизни из- за снижения слуха?	☒ Да	Нет
2 2.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	☒ Да	Нет
2 3.	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	☒ Да	Нет
2 4.	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	☒ Да	Нет
2 5.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	☒ Да	Нет
2 6.	Считаете ли Вы, что заметно похудели за последнее время (не менее 5 кг за полгода)?	Да	☒ Нет
2 7.	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со специальным соблюдением диеты или увеличением физической активности?	Да	☒ Нет
2 8.	Если Вы похудели, считаете ли Вы, что это связано со снижением аппетита?	Да	☒ Нет
2 9.	Сколько лекарственных препаратов Вы принимаете ежедневно или несколько раз в неделю?	До 5	☒ 5 и более
3 0.	Есть ли у Вас другие жалобы на свое здоровье, не вошедшие в настоящую анкету и которые Вы бы хотели сообщить врачу (фельдшеру)?	☒ Да Головная боль	Нет

**Правила вынесения заключения по результатам анкетирования
граждан в возрасте 65 лет и старше**

Вопросы	Ответ и заключение	Врачебная тактика, показания для направления на 2 этап диспансеризации
Личный анамнез		

Вопрос 1	Ответ «ДА» - имеется указание на наличие заболевания в личном анамнезе. Ответ «ДА» на вторую часть вопроса 1.1 - вероятность наличия медикаментозной гипотензивной терапии	Уточнить документальное подтверждение заболевания (амб. карта/выписки и др.); Зарегистрировать диагноз заболевания в учетных формах. С учетом уровня АД у пациента, ответившего «ДА» на вторую часть вопроса 1.1, внести информацию об эффективности гипотензивной терапии в учетную форму. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию проводить с учетом выявленного в анамнезе заболевания
Вероятность ССЗ (стенокардии и нарушений мозгового кровообращения, недостаточности кровообращения)		
Вопросы 2-3	Ответ «ДА» на вопрос 2 или на оба вопроса - вероятность стенокардии	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ. Исключить острую форму ИБС, рассмотреть необходимость назначения медикаментозной терапии. Направить на консультацию к врачу-кардиологу вне рамок диспансеризации для уточнения диагноза, определения дальнейшей тактики лечения, включая специализированную медицинскую помощь и высокотехнологические вмешательства. При профилактическом консультировании информировать пациента о необходимости обследования и уточнения наличия стенокардии. Сообщить о высоком риске развития угрожающих жизни состояний при стенокардии, характерных проявлениях этих состояний и необходимых неотложных мерах, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи. Обратить внимание на сопутствующие факторы риска и важность их коррекции
Вопросы 4-6	Ответ «ДА» на любой из вопросов - имеется вероятность преходящей ишемической атаки (ТИА) или перенесенного ОНМК	Направить пациента на 2 этап диспансеризации на консультацию (осмотр) к врачу неврологу для определения дальнейшего обследования (дуплексное сканирование БЦА в рамках диспансеризации) и лечения. При подтверждении диагноза, направить на углубленное профилактическое консультирование в рамках диспансеризации. Информировать о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи
Вопрос 7	Ответ «ДА» - вероятно наличие сердечной недостаточности	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом ЭКГ и флюорографии. По выявленным показаниям назначить дополнительное обследование и лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по ведению больных с хронической сердечной недостаточности вне рамок диспансеризации. Информировать граждан о высоком риске развития острой сердечной недостаточности, о ее характерных проявлениях и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи. При проведении УПК - учесть наличие факторов риска ХСН

Выявление вероятности хронического заболевания нижних дыхательных путей (хронической обструктивной болезни легких - ХОБЛ)		
Вопросы 8, 9	Ответ «ДА» хотя бы на один вопрос - имеется вероятность хронического заболевания нижних дыхательных путей	Направить на 2 этап диспансеризации для проведения спирометрии. При выявлении патологических отклонений провести обследование и лечение пациента в соответствии со стандартом ПСМП вне рамок диспансеризации. При проведении профилактического консультирования обратить внимание на меры профилактики ХОБЛ и важность коррекции имеющихся факторов риска
Вопрос 10	Ответ «ДА» - вероятность наличия заболевания легких (бронхоэктазы, онкопатология, туберкулез)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить
		дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Выявление вероятности заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе и онкологических		
Вопрос 11	Ответ «ДА» - вероятность заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации для проведения эзофагогастродуоденоскопии. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопрос 12	Ответ «ДА» в сочетании с ответом «ДА» на вопрос 26 и/или «НЕТ» на вопрос 27 - вероятность заболевания нижних отделов ЖКТ	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. Направить на 2 этап диспансеризации на осмотр врачом-хирургом или колопроктологом. При профилактическом консультировании обратить внимание на профилактику колоректального рака и коррекцию факторов риска его развития
Фактор риска - курение		

Вопрос 13	Ответ «ДА» - курит в настоящее время	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента с целью исключения рака легкого, оценить клиническую картину с учетом результата флюорографии, определить дальнейшую тактику уточнения диагноза в рамках второго этапа диспансеризации (рентгенография легких и/или компьютерную томографию легких в случае подозрения на злокачественное новообразование легкого) и вне рамок диспансеризации. На первом этапе диспансеризации в рамках краткого профилактического консультирования информировать о пагубных последствиях курения и необходимости отказа от курения. В рамках 2 этапа диспансеризации при проведении углубленного профилактического консультирования сделать акцент на отказ от курения
Риск остеопороза		
Вопросы 14, 15	Ответы «ДА» на любой вопрос - имеется риск остеопороза	При проведении УПК - учесть наличие фактора риска. Рекомендовать вне рамок диспансеризации консультацию ревматолога или эндокринолога для определения показаний для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации (денситометрию или рентгенографию позвоночника и др.)
Фактор риска - нерациональное питание		
Вопросы 16, 17	Ответ «НЕТ» на оба вопроса - нерациональное питание	При проведении УПК - учесть наличие фактора риска.
Фактор риска - низкая физическая активность		
Вопрос 18	Ответ «НЕТ» - низкая физическая активность	При проведении УПК - учесть наличие фактора риска.
Шкала «Возраст не помеха». Риск старческой астении		
Вопрос 19	Ответ «ДА» - имеется риск падений Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Направить в рамках 2 этапа диспансеризации на осмотр (консультацию) врача-невролога. При проведении УПК учесть наличие фактора риска
Вопрос 20	Ответ «ДА» - вероятность снижения зрения. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-офтальмологу. При проведении УПК учесть снижение зрения

Вопрос 21	Ответ «ДА» - риск снижения слуха. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к ЛОР- врачу. При проведении УПК учесть снижение слуха
Вопрос 22	Ответ «ДА» - риск депрессии	Направить на 2 этап диспансеризации на консультацию к врачу-неврологу. При проведении УПК учесть наличие риск депрессии
	Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	
Вопрос 23	Ответ «ДА» - наличие проблемы с удержанием мочи. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации: для мужчин осмотр (консультация) врача хирурга (врача уролога), для женщин - врача-уролога или врача-акушера-гинеколога. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопрос 24	Ответ «ДА» - вероятность ограничения мобильности. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопрос 25	Ответ «ДА» - вероятность наличия когнитивных нарушений. Ответ учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По результатам определить дальнейшую тактику обследования вне рамок диспансеризации. При профилактическом консультировании учесть выявленную симптоматику
Вопрос 26	Ответ «ДА» на вопрос 26 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27 учитывается в шкале «Возраст не помеха» при подсчете суммы баллов (ответ «ДА» = 1 баллу)	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса. Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации
Сумма ответов «ДА» (баллов)	Сумма баллов 3 и более ответов «ДА» на вопросы 19- 26 - имеется риск старческой астении	Провести на 2 этапе углубленное профилактическое консультирование с целью профилактики старческой астении и определить показания для направления к врачу-гериатру

) на		
Вопросы 26-28	Ответ «ДА» на вопрос 26 в сочетании с ответом «НЕТ» на вопрос 27 и ответом «ДА» на вопрос 28 - вероятность онкопатологии	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, целенаправленное физикальное обследование с учетом полученных данных с целью уточнения причин снижения веса. Определить показания для дополнительного обследования вне рамок диспансеризации Полипирогмазия
Вопрос 29	Если пациент называет 5 и более лекарственных средств	Контроль (ревизия) назначенного лечения и инструктаж приема лекарственных средств
Вопрос 30	При ответе «ДА» - риск наличия заболевания или его обострения	Провести детальный сбор жалоб и анамнеза, провести целенаправленный осмотр пациента, оценить клиническую картину. По ее результатам определить дальнейшую тактику обследования в рамках 2 этапа диспансеризации и вне рамок диспансеризации

Выполнение практических заданий (отработка практического навыка онкологической составляющей врачебного осмотра).

1. Выполнение практических заданий (отработка практических навыков по алгоритму).

№	Действие обучающегося
п / п	
1	Установить контакт с пациентом (поздороваться представиться, обозначить свою роль)
2	Идентифицировать пациента (спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией, его ФИО и возраст)
3	Уточнить самочувствие пациента, предложить пациенту сесть
4	Проинформировать пациента о ходе обследования/манипуляции и получить информированное добровольное согласие, проверить наличие подписи на бланке информированного добровольного согласия
5	Убедиться, что есть все необходимое для проведения манипуляции
6	Обработать руки гигиеническим способом не менее 30 секунд
7	Надеть одноразовые нестерильные медицинские перчатки при необходимости
8	Уточнить у пациента наличие жалоб со стороны наружных кожных покровов и слизистых оболочек («Отмечали ли Вы появление на коже и слизистых оболочках образований, эрозий, язв, длительно незаживающих ран, трещин?», «При наличии пигментных пятен, образований на коже и слизистых оболочках отмечали ли Вы увеличение их размеров?», «Не беспокоит ли Вас зуд кожных покровов?»)
9	Предложить пациенту пройти за ширму, раздеться до нижнего белья для осмотра кожных покровов
Осмотр кожных покровов:	
10	Оценить окраску кожных покровов
11	Последовательно осмотреть кожу волосистой части головы, кожу лица, шеи, туловища,

	паховых и ягодичных областей, конечностей (ладони, стопы, межпальцевые промежутки), подмышечные области с целью выявления пигментных, бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений Обратить внимание на наличие длительно существующих образований кожи с диаметром свыше 5 мм, асимметрией, нечеткими контурами, с зудом, жжением, болью с шероховатой поверхностью и наклонностью к изъязвлению, с тенденцией к росту, которые располагаются в области тела, подвергающейся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.).
12	При наличии образований, невусов дать их характеристику, оценивая: Асимметрию Края Кровоточивость Окрас (цвет, однородность, наличие вкраплений) Размер Динамику (изменение размеров, появление зуда и т.д.)
Осмотр молочных желез:	
13	Попросить пациентку опустить руки вдоль туловища и оценить: - окраску кожных покровов - структуру кожи молочных желез - наличие выделений из сосков - сравнить правую и левую железы по симметричности - сосудистый рисунок, его характер - наличие/отсутствие втяжения правого/левого соска
14	Произвести осмотр инфрамаммарной области Предложить поднять и скрестить руки за головой. Предупредить о предстоящей пальпации. Попросить сообщать в случае появления болезненных ощущений. Повторно осмотреть молочные железы оценить наличие/отсутствие локальных изменений кожи молочных желез. Произвести непрерывную поверхностную пальпацию всей ткани молочных желез подушечками 2, 3, 4 пальцев Произвести непрерывную глубокую пальпацию всей ткани молочных желёз. Поддерживать молочную железу снизу или с противоположной от пальпации стороны ладонью не ведущей руки.
15	Попросить женщину опустить руки вдоль туловища
16	Произвести круговую пальпацию всей поверхности правой и левой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении) начиная с верхних квадрантов
17	Оценить отделяемое из соска, предупредить пациентку и сжать пальцами ткань молочной железы у основания соска последовательно с обеих сторон. При обнаружении выделений из соска/сосков взять, предупредив об этом пациентку, биологический материал для цитологического исследования При отсутствии выделений из сосков произнести, что при их наличии, произвёл бы взятие биоматериала на цитологическое исследование. Методика взятия биоматериала для цитологического исследования: предметное стекло приложить к соску, сделать отпечаток, вторым стеклом растянуть биоматериал по стеклу, дать подсохнуть в течении 10 минут, отправить в лабораторию.
18	Предложить пациентке поставить руки на пояс. Пропальпировать апикальную группу подмышечных лимфоузлов с обеих сторон
19	Предложить опустить руки вдоль туловища. Продолжить пальпацию остальных групп подмышечных лимфоузлов
20	Пропальпировать подключичные лимфатические узлы с обеих сторон
21	Попросить пациентку повернуться к нему спиной. Пропальпировать надключичные лимфоузлы с обеих сторон.
22	Предложить пациентке для продолжения осмотра лечь на спину на кушетку

23	Произвести круговую пальпацию всей поверхности правой и левой молочной железы от центра к периферии, начиная с верхних квадрантов
Исследование лимфатических узлов:	
24	Предложить пациенту встать напротив врача, лицом к нему
25	Пропальпировать затылочные лимфоузлы Положить руки на боковые поверхности головы, а 2-5 пальцами левой и правой рук одновременно ощупать области затылочной кости, в месте прикрепления к ней шейных мышц.
26	Пропальпировать заушные лимфоузлы Положить руки на боковые поверхности головы, пальцами левой и правой рук одновременно ощупать заушные области от основания ушных раковин и над всей поверхностью сосцевидных отростков
27	Пропальпировать околоушные лимфоузлы Положить руки на боковые поверхности лица и пальцами левой и правой рук одновременно ощупать по направлению вперед от козелков до углов нижней челюсти
28	Пропальпировать подчелюстные лимфоузлы Предложить пациенту наклонить голову вперед. Обе кисти погрузить в мягкие ткани подчелюстной области. Затем делать скользящее, выгребаящее движение к краю челюсти. Пальпировать от угла челюсти до подбородка
29	Пропальпировать подбородочные лимфоузлы Положить левую руку на затылок пациента, а правую руку на подбородочную область и пальпировать от подъязычной кости до края подбородка.
30	Пропальпировать задние шейные лимфоузлы Пальпировать 2-5 пальцами левой и правой рук одновременно вдоль заднего края грудинно-ключично-сосцевидных мышц, начиная от углов нижней челюсти до ключиц.
31	Пропальпировать передние шейные лимфоузлы Попросить пациента повернуться спиной к врачу Пальпировать 2-5 пальцами левой и правой рук одновременно вдоль переднего края грудинно-ключично-сосцевидных мышц, начиная от углов нижней челюсти до ключиц.
32	Пропальпировать надключичные лимфоузлы Пальпировать 2-5 пальцами обеих рук симметрично от грудинно-ключично-сосцевидной мышцы до ключичноакромиального сочленения по верхнему краю ключицы.
33	Пропальпировать подключичные лимфоузлы Пальпировать 2-5 пальцами обеих рук симметрично латеральные участки подключичных лимфоузлов у краев дельтовидных мышц.
34	Пропальпировать подмышечные лимфоузлы Предложить пациенту слегка отвести руки в стороны. Установить кисти со слегка согнутыми пальцами в глубину подмышечной ямки до упора в плечевой сустав. Предложить пациенту опустить руки. Прижимая пальцы к грудной клетке, скользить вниз на 5-7 см.
35	Пропальпировать плечевые и локтевые лимфоузлы Предложить пациенту согнуть руку в локтевом суставе. Одной рукой удерживать руку пациента за предплечье, а другой проводить пальпацию вдоль внутреннего края двуглавой мышцы плеча от подмышечной ямки к локтевой ямке. Произвести пальпацию локтевой ямки в области расположения нервно-сосудистого пучка.
36	Повторить манипуляцию с другой стороны
37	Попросить пациента одеться
Осмотр челюстно-лицевой области:	
38	Оценить относительную симметрию и расположение глазных яблок
39	Оценить состояние кожи век (гиперемия, подкожные кровоизлияния, инфильтрация, образования, изъязвления и др.)

40	Провести осмотр конъюнктивы нижнего века (пациент смотрит вверх, край нижнего века оттягивается книзу)
41	Провести осмотр конъюнктивы верхнего века (большим и указательным пальцами правой руки захватить ресницы верхнего века при взгляде пациента вниз, слегка оттянуть веко книзу и кпереди, расположить большой палец левой руки на верхнем веке, вывернуть верхнее веко, чтобы поверхность конъюнктивы была обращена кпереди).
42	Оценить наличие изъязвлений на спинке и крыльях носа, коже преддверия носа
43	Провести сравнительную пальпацию костей лицевого скелета, оценить состояние мягких тканей лица (консистенция, чувствительность, спаянность), оценить движение мимических мышц, синхронность их функций
44	Провести пальцами по костным контурам и местам соединения костей, обращая внимание на нетипичную рельефность кости, неровность, бугристость, вздутие
45	Обратить внимание на форму, толщину губ, состояние красной каймы и кожи околоротовой области
46	Определить степень открывания рта, отметить свободу и болезненность движений нижней челюсти
47	Осмотреть 5 основных зон полости рта: преддверие, слизистую щек, альвеолярных отростков, ретромолярную область, язык
48	Осмотреть слизистые преддверия полости рта, уздечек верхней и нижней губ (отогнуть поочередно нижнюю и верхнюю губу) Оценить цвет, степень увлажнения слизистой оболочки, глубину преддверия, наличие элементов поражения.
49	Попросить пациента открыть рот С помощью зеркала для осмотра ротовой полости или шпателя осмотреть слизистую щек, альвеолярных отростков, ретромолярную область Оценить цвет, увлажнение, целостность, наличие высыпаний.
50	Осмотреть дно полости рта, язык Попросить пациента выдвинуть язык вперед Оценить форму, размер, выраженность сосочков, наличие налета, наличие участков десквамации сосочков языка, полноту выдвижения и симметричность языка Попросить пациента самостоятельно развернуть язык в сторону вправо и влево Захватить кончик языка марлевой салфеткой для осмотра боковых поверхностей и корня языка, провести пальпацию Попросить пациента поднять язык к небу и совершать боковые движения языка Попросить пациента опустить язык, надавливая зеркалом за среднюю часть спинки языка книзу и кпереди осмотреть твердое и мягкое небо с язычком и дужками, миндалины, заднюю стенку глотки.
51	Провести пальпацию альвеолярных отростков челюстей, оценить подвижность зубов (обратить внимание на утолщения, свищи)
52	Утилизировать шпатель, марлевую салфетку в контейнер для отходов класса Б
53	Сделать заключение по окончании осмотра лимфоузлов: «Пальпируются подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы, до 1 см в диаметре. Лимфоузлы эластичные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающей тканью, кожа над лимфоузлами физиологической окраски, без гиперемии.»
Пальпация щитовидной железы:	
54	Предложить пациенту встать лицом к врачу
55	Поместить четыре согнутых пальца левой руки глубоко за задние края правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы пациента Поместить четыре согнутых пальца правой руки — за передние края правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы пациента Предложить пациенту производить глотательные движения Пропальпировать правую долю щитовидной железы

56	Поместить четыре согнутых пальца правой руки глубоко за задние края левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы пациента Поместить четыре согнутых пальца левой руки — за передние края левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы пациента Предложить пациенту производить глотательные движения Пропальпировать левую долю щитовидной железы
57	Положить два пальца (указательный и средний) на перешеек щитовидной железы скользящих движений пальцев по его поверхности в направления сверху вниз к рукоятке грудины. Предложить пациенту производить глотательные движения
	Пропальпировать перешеек щитовидной железы скользящими движениями пальцев в направления сверху вниз к рукоятке грудины.
58	Определить размеры, подвижность щитовидной железы при глотании, наличие или отсутствие пульсации, болезненности, наличие или отсутствие узлов.
Осмотр живота:	
59	Сказать, что хотите произвести осмотр и пальпацию живота
60	Согреть руки перед обследованием
61	Уточнить наличие жалоб на боли в животе на момент осмотра, при наличии болей пальпацию начинать с противоположной стороны
Поверхностная пальпация живота:	
62	Пропальпировать паховые лимфоузлы Предложить пациенту лечь на кушетку Пальпировать 2-5 пальцами руки вдоль паховой складки с каждой стороны
63	Пропальпировать подколенные лимфоузлы Попросить пациента немного согнуть ноги в коленных суставах. Одной рукой удерживать голень в нижней трети, другой рукой пальпировать подколенную ямку.
	Повторить манипуляцию с другой стороны
64	Пропальпировать брюшную стенку в левой и правой подвздошной области, в области левого и правого фланка живота, левого и правого подреберья, эпигастральной области, пупочной, надлобковой области.
	- пальцы направлены влево вверх относительно пациента
	- плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах
	- с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см
	Уточнить наличие болезненности при пальпации, смотря на реакцию пациента
65	Оценка состояния апоневроза
	Установить кончики пальцев вдоль белой линии живота
	- пальцы согнуты
	Надавить на глубину 1-2 см
	Пропальпировать белую линию на всем протяжении
	Поставить указательный палец в пупочное кольцо
	Попросить пациента приподнять голову без помощи рук и удерживать ее
	Удерживать указательный палец в пупочном кольце
	Повторить пальпацию белой линии живота
	Попросить пациента опустить голову
Глубокая пальпация живота:	
66	Пальпация сигмовидной кишки
	Положить правую ладонь в левой подвздошной области, направив сомкнутые пальцы в сторону передней верхней подвздошной ости слева
	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
	Погрузить дистальные фаланги пальцев в направлении задней стенки живота
	- на глубину более 1 см
	- в направлении задней стенки живота
	- на выдохе пациента

	Пропальпировать сигмовидную кишку
	- сделав скользящее движение от пупка дистальными фалангами пальцев
67	Пальпация слепой кишки
	Положить правую ладонь в правой подвздошной области
	- кончики пальцев направлены в сторону пупка
	- пальцы сомкнуты
	- слегка согнуты
	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
	Погрузить пальцы правой руки
	- в направлении задней стенки живота
	- на глубину более 1 см
	- на выдохе пациента
	Совершить скольжение пальцами правой руки
	- в направлении от пупка
	- на расстоянии 3-6 см
68	Пальпация восходящей ободочной кишки
	Расположить левую ладонь под правой поясничной областью, направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
	Положить правую ладонь в область правого фланка живота, направив сомкнутые пальцы в сторону средней линии
	Сместить складку кожи в сторону пупка на 1-2 см
	Погрузить дистальные фаланги пальцев
	- на глубину более 1 см
	- в направлении задней стенки живота
	- на выдохе пациента
	Пропальпировать восходящую ободочную кишку, сделав скользящее движение дистальными фалангами пальцев от пупка
69	Пальпация нисходящей ободочной кишки
	Расположить левую ладонь под левой поясничной областью, направив сомкнутые пальцы в сторону позвоночника
	Положить правую ладонь в область левого фланка живота, направив сомкнутые
	- пальцы в сторону бокового фланка
	Сместить складку кожи в сторону пупка на 1-2 см
	Погрузить дистальные фаланги пальцев
	- на глубину более 1 см
	- в направлении задней стенки живота
	- на выдохе пациента
	Пропальпировать нисходящую ободочную кишку, сделав скользящее движение дистальными фалангами пальцев от пупка
70	Определение нижней границы желудка
	Использовать стетофонендоскоп
	Приложить мембрану к ладони на 3-5 секунд
	Взять головку стетофонендоскопа в субдоминантную руку
	Установить головку стетофонендоскопа в эпигастрии по срединной линии
	Совершать касательные, штриховые движения указательным пальцем доминантой руки в направлении от основания мечевидного отростка к пупку
71	Пальпация поперечной ободочной кишки
	Положить ладони по наружным краям прямых мышц живота
	- на 2-3 см ниже нижней границы желудка
	- направив сомкнутые пальцы в сторону головы
	Сместить складку кожи от пупка на 1-2 см
	Погрузить дистальные фаланги пальцев
	- на глубину более 1 см

	- в направлении задней стенки живота
	- на выдохе пациента
	Пропальпировать поперечную ободочную кишку, сделав скользящее движение дистальными фалангами пальцев к пупку
72	Определение нижней границы печени
	Перкутировать нижнюю границу печени:
	- по среднеключичной линии
	- начав из правой подвздошной области
	- до тупого звука
73	Пальпация печени
	Попросить пациента скрестить руки на груди
	Расположить кисть левой руки на правой поясничной области на уровне двух последних ребер перпендикулярно позвоночнику, большой палец на краю реберной дуги спереди
	Правильно установить правую руку: ладонь плотно прилегает к брюшной стенке, пальцы сомкнуты. Средний палец слегка согнут в I и II межфаланговых суставах, параллельно краю печени, на 2 см ниже обнаруженной нижней границы
	Сместить складку кожи к пупку на 1-2 см
	На выдохе пациента погрузить пальцы на 3 см под реберную дугу
	Попросить пациента сделать животом глубокий вдох, одновременно пальпируя край печени
74	Пальпация селезенки
	Положить кисть левой руки на левую половину грудной клетки пациента на уровне передней подмышечной линии, вдоль VII - X ребер, пальцами в сторону позвоночника. Ладонь плотно прилегает к телу пациента
	Положить правую кисть на брюшную стенку пациента на уровне передней подмышечной линии, пальцы перпендикулярны реберной дуге, полусогнуты, ладонь прилегает к телу пациента
	Сместить складку кожи к пупку на 3-4 см
	На выдохе пациента погрузить пальцы под реберную дугу под углом 45°
	Попросить пациента сделать глубокий вдох животом
	Сделать скользящее движение пальцами в сторону наружного края реберной дуги на высоте вдоха пациента

Комментарий к алгоритму:

Характеристика л/у:

- количество: если в каждой группе пальпируется не более 3 узлов, их считают единичными, более 3 – множественными;
- консистенция: мягкие, эластичные, плотные; консистенция в значительной степени зависит от давности поражения и характера процесса; при хронических процессах узлы бывают плотными, при недавнем увеличении они обычно мягкие, в норме узлы мягкоэластические;
- подвижность – в норме узлы подвижны; оценивается отношение к коже, подкожной жировой клетчатке и между собой (спаяны или нет); в норме узлы не спаяны;
- болезненность при пальпации: в норме узлы безболезненны;
- Симметричные группы лимфатических узлов, за исключением локтевых, пальпируют одновременно обеими руками.

В норме могут пальпироваться подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы, при этом они не превышают 1 см в диаметре, эластичные, безболезненные, не спаянные между собой и с окружающей тканью, кожа над лимфоузлами физиологической окраски, без гиперемии.

У здорового человека при поверхностной пальпации области расположения щитовидной железы температура кожи не отличается. В норме щитовидная железа не видна и не пальпируется.

При пальпации щитовидной железы оценивается:

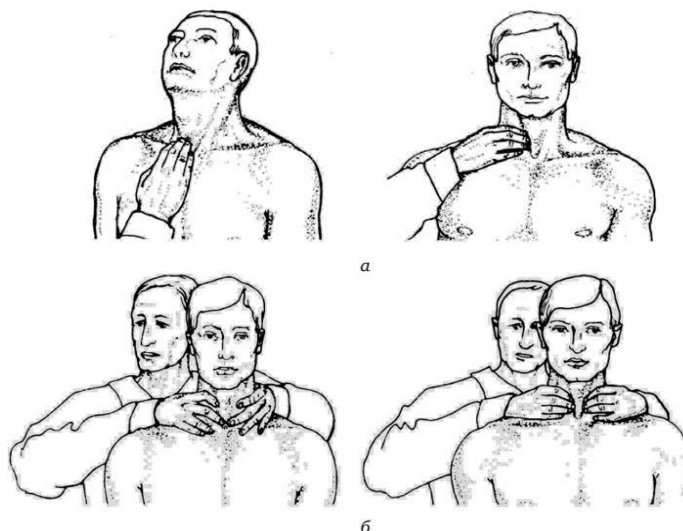
- Локализация долей

- Величина долей, перешейка
- Подвижность долей
- Эластичность каждой доли в перешейке
- Отсутствие или наличие узлов
- Болезненность
- Состояние подкожных тканей, отсутствие или наличие отека, сращений
- Отсутствие или наличие пульсации железы
- Наличие или отсутствие аберрантного зоба

Местное повышение температуры кожи: острый тиреоидит.

Увеличение железы, крупные узлы: узловой зоб, опухоль, киста

Схема осмотра щитовидной железы



Степени увеличения щитовидной железы:

0 – щитовидная железа не пальпируется;

I степень – увеличен перешеек щитовидной железы, который чётко прощупывается и виден при осмотре во время глотания;

II степень – хорошо определяются доли железы и перешеек как при ощупывании, так и при глотании;

III степень – щитовидная железа заполняет переднюю поверхность шеи, сглаживает её контуры и видна при осмотре, так называемая толстая шея;

IV степень – форма шеи резко изменена, увеличенная щитовидная железа выступает в виде опухоли;

V степень – щитовидная железа очень больших размеров.

Задание: Отработать алгоритм краткого профилактического консультирования в ходе диспансеризации/ профилактического медицинского осмотра.

№	Этап кратко	Профессиональная задача	Умения, обеспечивающие решение профессиональной задачи (индикаторы)
1	Начало консультирования	знакомство с пациентом и установление с ним психологического взаимодействия	• приветствие пациента; • сопоставление информации о личных данных пациента с информацией в амбулаторной карте; • уточнение формы обращения к пациенту; • проявление заинтересованности и заботы об удобстве пациента; • одобрение пациента за ответственное отношение к своему здоровью и организованность в прохождении диспансеризации; • уточнение наличия у пациента желания познакомиться с результатами обследования.
2	Информирование пациента	сообщение пациенту информации о результатах обследования и подведение пациента к убеждению возможности решения	• сообщение пациенту о результатах обследования (выявленных/не выявленных ХНИЗ; факторах риска (ФР); суммарном сердечно-сосудистом риске (ССР); основных показателях (артериальное давление, частота сердечных сокращений, общий холестерин, глюкоза и др.); результатах клиникоинструментальных исследований; рекомендуемых целевых уровнях ФР/показателях здоровья); • обращение внимания пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрение состояния пациента при отсутствии проблем.

		существующей проблемы	
3	Объяснение пациенту	разъяснение пациенту информации о результатах обследования с учетом его индивидуальных особенностей, конкретной клинической ситуации, уровня его подготовленности к восприятию информации; психологического типа пациента; возрастных характеристик	• объяснение пациенту механизма негативного влияния выявленных ФР на его здоровье; • объяснение пациенту причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни; • уточнение у пациента, что ему известно о влиянии этого фактора; • информирование пациента о возможности углубленного персонифицированного консультирования по рациональному питанию, физической активности, выявленных ФР (при показаниях); • использование понятных для пациента терминов, доводов, примеров, соответствующих интересам пациента; • использование различных средств визуальной передачи информации (таблицы, диаграммы, графики, примеры из опыта профессиональной деятельности и пр.); • обращение к пациенту с уточняющими вопросами; • установления пауз по мере разъяснения информации и уточнения наличия вопросов у пациента.
4	Контроль усвоения / понимания советов и готовность к их выполнению	создание условий для систематизации новой информации (советов и рекомендаций врача, плана действий), ее оценки, ответов на поставленные ранее вопросы, постановки новых целей деятельности	содействие активному выражению пациентом мнения по предложенным советам или рекомендациям; уточнение готовности пациента следовать советам или рекомендациям; вовлечение пациента в принятие решения; рекомендации для пациента по ознакомлению с информационным раздаточным материалом (памятки, брошюры и пр.); регистрация в амбулаторной карте ФР, величины ССР, рекомендаций, сроков повторных посещений; одобрение согласия пациента следовать рекомендациям и советам

5	Завершение консультации	подведение итогов консультирования: уточнение понимания пациентом рекомендаций, советов, данных врачом	подведение итогов консультации; пояснение пациенту процедуры записи на углубленное ПК (по показаниям).

Задание

1) Алгоритм разбора задач

1. Предварительный диагноз, факторы риска, суммарный СС риск;
2. Тактика врача по дальнейшему ведению пациента;
3. Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья.

4. Целевые показатели факторов риска.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациентка, 42 года, продавец. В анамнезе дискинезия желчевыводящих путей. Анкетирование - жалоб нет, курит (10 сигарет в день), нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно - АД 125/80 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 35,2 кг/м² Лабораторные показатели в пределах нормы. Рентгенологические исследования без патологии. Группа здоровья-1.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, факторы риска, суммарный СС-риск;
2. Тактика врача по дальнейшему ведению пациента.
3. Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья.
4. Целевые показатели факторов риска.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз. Функциональное нарушение билиарного тракта. Ожирение II степени по ВОЗ. Факторы риска - курение, гиперхолестеринемия, ожирение 2 степени, нерациональное питание, низкая физическая активность. Суммарный сердечно-сосудистый риск - 2% по SCORE (умеренный).
2. Краткое профилактическое консультирование участкового врача и направление на 2 этап диспансеризации - спирометрия (курение); углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медицинской профилактики или центре здоровья по здоровому образу жизни (отказу от курения, рациональному питанию, снижению избыточной массы тела, повышению двигательной активности)
3. Установление 2 группы здоровья обосновано наличием ожирения у пациентки при умеренном сердечно-сосудистом риске
4. ИМТ менее 25 кг/м², ОТ менее 88 см, АД менее 140/90 мм рт.ст., ОХС менее 5.0 ммоль/л -ЛПНП менее 3,0 ммоль/л, ЛПВП>1,2 ммоль/л, увеличение физической активности не менее 150 мин. в неделю, занятия аэробикой средней интенсивности или, не менее, 75 мин в неделю занятия аэробикой высокой интенсивности. Рациональное, сбалансированное питание (употребление свежих овощей и фруктов не менее 500 г в день)

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Пациент 57 лет. В анамнезе язвенная болезнь желудка, последнее обострение 5 лет назад. Остеохондроз шейного отдела позвоночника вне обострения

Анкетирование - жалобы на боли в эпигастриальной области, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, снижение аппетита. Курит по 10 сигарет в день в течение 30 лет.

Объективно - АД 128/70 мм рт.ст. ОХС 3,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 17,5 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск - 4% (умеренный)

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, факторы риска, суммарный СС риск;
2. Тактика врача по дальнейшему ведению пациента?
3. Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья.
4. Целевые показатели факторов риска.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска, суммарный СС риск
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной

		группе здоровья
О	-	
В	4	Целевые показатели факторов риска
Э	-	

Условные обозначения:

У- задается условие задачи, прописываются клинические данные пациента;

В- контрольные вопросы;

Э- эталоны ответов (по мнению обучающегося)

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 (привести вопросы для самоконтроля)*
 1. Кто и когда подлежит прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной?
 2. Необходимо ли проходить профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию
 3. (в том числе углубленную) в молодом возрасте?
 4. Как долго необходимо проходить исследования в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации?
 5. Что входит в программу профилактического медицинского осмотра ?
 6. Почему диспансеризация проводится в два этапа?
 7. Что входит в первый и второй этапы диспансеризации, в том числе углубленной?
 8. Зачем нужны методы исследования, которые включены в углубленную диспансеризации лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию?
 9. Какова тактика, если в рамках исследований профилактического медицинского осмотра и диспансеризации выявлены отклонения?
 10. Чем полезно проведение анкетирования профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ? Почему это является первым и неотъемлемым пунктом в рамках обследований?
 11. Почему в рамках диспансеризации включено выявление 7 локализаций и не проверяют на другие виды злокачественных новообразований?
 12. В чем разница между диспансеризацией, углубленной диспансеризацией и профилактическим медицинским осмотром?

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Блок I

1. Приглашение граждан на диспансеризацию путем рассылки SMS-сообщений осуществляет преимущественно
 - а) участковая медицинская сестра
 - б) страховая медицинская организация
 - в) младший медицинский персонал
 - г) немедицинский персонал
2. При записи на диспансерный прием при первой контрольной явке диспансерного наблюдения в текущем году необходимо предусмотреть прохождение пациентом
 - а) профилактический медицинский осмотр
 - б) диспансеризации ОГВН
 - в) углубленной диспансеризации
 - г) приема в смотровом кабинете
3. В случае невозможности самостоятельного посещения медицинской организации гражданином по состоянию здоровья с целью проведения диспансеризации организуется
 - а) госпитализация
 - б) выход специалистов на дом*
 - в) реабилитация
 - г) медико-социальная экспертиза

4. В случае, если не удалось установить контакт с пациентом при приглашении его на диспансеризацию необходимо
- а) провести его повторное информирование в течение месяца
 - б) провести его повторное информирование в течение месяца, после чего организовать выход на дом с целью диспансерного наблюдения
 - в) провести его повторное информирование через 2 месяца
 - г) провести его повторное информирование через 2 месяца, после чего организовать выход на дом с целью диспансерного наблюдения
5. Каждый пациент по завершении диспансеризации должен быть проинформирован участковым врачом о
- а) необходимости явки в следующем году
 - б) взаимодействия с социальными службами
 - в) выявленных факторах риска
 - г) сроках прохождения профилактической ФГ
6. Процесс проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения состоит из _____этапов
- а) 2
 - б) 3
 - в) 4
 - г) 5
7. В соответствии с Порядком диспансерного наблюдения при осуществлении первого в текущем году диспансерного приема проводится:
- а) профилактический медицинский осмотр
 - б) ежегодная вакцинация от гриппа;
 - в) осмотр узким специалистом;
 - г) консультация реабилитолога.
8. Приоритетными группами пациентов для проактивного приглашения на углубленную диспансеризацию являются лица
- а) молодого возраста люди, перенесшие новую коронавирусную инфекцию в тяжелой форме
 - б) лица, перенесшие новую коронавирусную инфекцию любой тяжести, имеющие два хронических неинфекционных заболевания
 - в) лица, перенесшие острую коронавирусную инфекцию, которая потребовала госпитализации
 - г) лица, получавшие в период лечения новую коронавирусную инфекцию антикоагулянты прямого действия
 - д) 70+
9. Приоритетными группами граждан для проактивного приглашения на прохождение диспансеризации определенных групп взрослого населения являются лица в рамках трудоспособного возраста
- а) с 40 до 65 лет, которые в течение последних 2 лет не посещали медицинские организации, не проходили ПМО и Д
 - б) с 40 до 65 лет, которые в течение последних 3 лет не посещали медицинские организации, не проходили ПМО и Д
 - в) с 35 до 60 лет, которые в течение последних 2 лет не посещали медицинские организации, не проходили ПМО и Д;
 - г) с 40 до 65 лет, которые в течение последних 3 лет не посещали медицинские организации, не проходили ПМО и Д.
10. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения предусматривает дополнительное обследование граждан старших возрастных групп, направленное на выявление
- а) гериатрических синдромов
 - б) потребности в социальном работнике
 - в) консультации психолога
 - г) льготном лекарственном обеспечении

№	правильны й ответ	№	правильны й ответ
1	г	6	г

2	а, б, в	7	а,
3	а, б	8	б
4	б	9	а
5	в	10	а

Блок 2

- Срок установления диспансерного наблюдения при установлении диагноза в ходе проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения составляет _____ дней:
 - 3 календарных
 - 3 рабочих
 - 5 календарных
 - 5 рабочих
- Профилактический медицинский осмотр проводится:
 - ежегодно в качестве самостоятельного мероприятия
 - непосредственно перед проведением вакцинации
 - каждый раз при приеме гражданина на работу
 - в рамках 3-го этапа реабилитации пациента
- В функциональные обязанности врача-терапевта участкового входит проведение:
 - профилактических медицинских осмотров прикрепленного населения
 - предсменных осмотров работников предприятия
 - предрейсовых осмотров работников организаций
 - мотивационного консультирования
- Согласно Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения мероприятия диспансеризации предполагают наличие ____ этапа/этапов
 - трех
 - одного
 - двух
 - четырёх
- В соответствии с Порядком диспансерного наблюдения при осуществлении первого в текущем году диспансерного приема проводится:
 - профилактический медицинский осмотр
 - ежегодная вакцинация от гриппа;
 - осмотр узким специалистом;
 - консультация реабилитолога.

№	правильны й ответ	№	правильны й ответ
1	б	6	
2	а	7	
3	а	8	
4	в	9	
5	а	10	

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- Руководство по диспансеризации взрослого населения : руководство ред.: Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышев. 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 664
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>. - Режим доступа: для зарегистрир. пользователей ЭБС Консультант врача. - Текст : электронный.

- 3) Медицинские осмотры : руководство для врачей / . - URL: ред.: И. И. Березин, А. А. Бабанов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>. - Режим доступа: для зарегистрир. пользователей ЭБС Консультант врача. - Текст : электронный.
- 4) 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.М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2022 –97с.
- 5) Методические рекомендации. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгера М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018
- 13) Рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. easd/esc Рабочая группа по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям европейского общества кардиологов (ESC) в сотрудничестве с европейской ассоциацией по изучению диабета (EASD). 2019
- 14) Учебное пособие «Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования» – учебное пособие С.Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель, Е.А. Дерина, Н.А. Михайлова, Л.Ю. Волкова, О.М. Драпкина. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ», – 2023. –84с.
- 15) Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья. О.И. Аполихин, Д.Ю. Пушкар, Б.Р. Гвасалия и др., Москва, 2024 год - 35 с.

Тема 2.2. Организация и принципы диспансерного наблюдения пациента, группы диспансерного наблюдения.

Цель: формирование и углубление знаний, умений и навыков по организации и проведению диспансерного наблюдения пациентов врачом общей практики.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по проведению диспансерного наблюдения.
2. Изучить алгоритмы проведения диспансерного наблюдения;
3. Рассмотреть задачи, роль и функции ВОП/СВ при проведении диспансерного наблюдения пациентов;
4. Сформировать умения выделять приоритетные группы в рамках диспансерного наблюдения;
5. Сформировать умения организовывать пациентов врачебного участка для прохождения диспансерного наблюдения;
6. Сформировать умения выделять приоритетные группы в рамках диспансерного наблюдения.
7. Изучить содержание диспансерного приема, объемы и периодичность диспансерного наблюдения;
8. Рассмотреть вопросы оценки результатов и критерии эффективности диспансерного наблюдения;
9. Закрепить умения/навыки организации и проведения диспансерного приема.

Обучающийся должен знать: актуальные нормативные документы, определяющие проведение диспансерного наблюдения и задачи участкового врача при проведении ДН; определение понятия диспансерного наблюдения; цели и задачи диспансерного наблюдения; алгоритмы проведения диспансерного наблюдения; алгоритм краткого профилактического консультирования; содержание и алгоритм диспансерного приема; критерии эффективности диспансерного наблюдения; правила оформления документации по проведению диспансерного наблюдения.

Обучающийся должен уметь: организовать население врачебного участка к прохождению диспансерного наблюдения; применить алгоритмы краткого профилактического консультирования; применить алгоритм организации ведения пациента в рамках диспансерного приема врачом общей практики; оценить приверженность, переносимость лечения, достижение целевых уровней показателей здоровья, выявить факторы риска; оценить эффективность лечения; определить показания к госпитализации, реабилитации, санаторно-курортному лечению; определить критерии временной и стойкой нетрудоспособности, ее длительность; оформить документацию по результатам проведения ДН.

Обучающийся должен владеть:

- методикой организации диспансерного наблюдения на врачебном участке; методикой краткого профилактического консультирования; методикой составления плана диспансерного наблюдения пациента; методикой проведения осмотра при диспансерном наблюдении пациента; навыками определения сердечно-сосудистого риска, выявления факторов риска ХНИЗ, методикой определения группы диспансерного наблюдения, методикой составления плана ведения пациента в т.ч., направление на исследования, методикой работы с медицинской документацией в рамках проведения диспансерного наблюдения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение понятия диспансерное наблюдение, цели и задачи, нормативное регулирование
2. Содержание диспансерного приема.
3. Периодичность и длительность диспансерного наблюдения пациентов с АГ, ИБС
4. Периодичность и длительность диспансерного наблюдения пациентов с ЯБЖ и ДПК
5. Периодичность и длительность диспансерного наблюдения пациентов с ожирением
6. Периодичность и длительность диспансерного наблюдения пациентов с гиперхолестеринемией и предиабетом.
7. Определение объема обследования и лечения при проведении диспансерного наблюдения
8. Критерии эффективности диспансерного наблюдения в работе ВОП/СВ
9. Основания для прекращения диспансерного наблюдения.
10. Приоритетные группы диспансерного наблюдения

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций) по*

алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

Задание: Отработать алгоритм диспансерного приема пациента с ХНИЗ, оформить запись диспансерного приема и эпикриз диспансерного наблюдения на примере пациента с ХОБЛ. Проверить записи с использованием чек-листа.

Чек лист ДН стабильной ХОБЛ с комментариями из КР 2021

№	ПОКАЗАТЕЛЬ	значение
1.	ДН установлено своевременно	да/нет
2.	Клинический диагноз сформулирован верно	да/нет
<u>Комментарии из КР по д-зу: ХОБЛ...» и далее следует оценка:</u> • степени тяжести (I – IV) нарушения бронхиальной проходимости; • выраженности клинических симптомов: выраженные (CAT≥10, mMRC≥2), невыраженные (CAT<10, mMRC<2); • частоты обострений: редкие (0 – 1), частые (≥2); • фенотипа ХОБЛ (если это возможно); • осложнений (ДН, легочной гипертензии и др.); сопутствующих заболеваний. Диагноз ХОБЛ установлен согласно требованиям клинических рекомендаций (КР) <u>Из КР:</u> спирометрия является <u>основным методом диагностики и документирования</u>(в амб карте!!) изменений легочной функции при ХОБЛ. На показателях этого исследования построена классификация ХОБЛ по ст. выраженности обструктивных нарушений. Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков (спирометрия) рекомендовано для подтверждения диагноза ХОБЛ, критерий - ОФВ1/ФЖЕЛ<0,7 подтверждает экспираторное ограничение воздушного потока. УУР С (УДД- 5) В амб. карте при постановке первичного д-за: д.б.: Физикальный осмотр + Индекс курильщика + САТ+ Рентген+ пульсоксиметрия+ОАК		
3.	Минимальная периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в рамках ДН соблюдается	да/нет
• Приказ 168н: В соответствие с КР, но не реже 1-3 раза в год • (в зависимости от степени тяжести (I – IV)), В КР- врачом-пульмонологом контроль эффективности предписанного плана лечения производится через 1,3,12 месяцев в первый год, далее ежегодно		
4.	Достижение контролируемых показателей состояния здоровья и качество лечения в рамках проведения ДН соответствуют установленным критериям КР	
<u>Из КР:</u> При назначении фармакотерапии рекомендуется ставить целью достижение контроля симптомов и уменьшение будущих рисков - т.е. обострений ХОБЛ и смертности До настоящего времени отсутствуют убедительные доказательства того, что какая-либо определенная фармакотерапия замедляет прогрессирование заболевания (оцененное по средней скорости снижения минимального ОФВ1) или уменьшает летальность, хотя опубликованы предварительные данные, указывающие на такие эффекты		
4.1.	Отсутствие или уменьшение частоты обострений	да/нет
4.2.	Контроль ФВД (отсутствие снижения, снижение ОФВ1)	да/нет

	• в соответствии со степенью тяжести течения заболевания , но не реже 1 раза в год • • Приказ 168н: не реже 1-3 р в год (в зависимости от степени тяжести (I – IV)), В КР- контроль эффективности предписанного врачом-пульмонологом плана лечения производится через 1,3,12 месяцев в первый год, далее ежегодно	
4.3	Контроль сатурация кислорода в крови при всех визитах (стабильная, снижение)	да/нет
4.4	Лечение стабильной ХОБЛ (Назначена терапия, соответствующая клиническим рекомендациям)	
4.4.1	Даны рекомендации по модификации образа жизни ВСЕМ пациентам: по отказу от курения и физической активности	да/нет
<i>В КР: Нефармакологические методы включают прекращение курения, легочную реабилитацию, кислородотерапию, респираторную поддержку и хирургическое лечение.</i>		
4.4.2	Проведено обучение правильному использованию ингаляторов ВСЕМ пациентам	да/нет
4.4.3	Назначен короткодействующий бронходилататор (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей) для использования по потребности	да/нет
4.4.4	Назначена комбинации ДДАХ/ДДБА сразу после установления диагноза ХОБЛ в 100% при наличии у пациента выраженных симптомов (mMRC ≥2 или SAT≥10) УУР А (УДД – 1)	да/нет
<i>В КР: Всем пациентам с ХОБЛ рекомендуется назначение ДДБА – комбинации ДДАХ/ДДБА или одного из этих препаратов в режиме монотерапии УУР С (УДД-5)</i>		
<i>В КР: Для лечения ХОБЛ рекомендуется использование фиксированных комбинаций ДДАХ/ДДБА: вилантерол+умеклидиния бромид, гликопиррония бромид+индакатерол, олодатерол+ тиотропия бромид, аклидиния бромид+ формотерол. УУР В (УДД-2)</i>		
<i>В КР: Объем бронходилатационной терапии не рекомендуется уменьшать (в отсутствие НЯ) даже в случае максимального облегчения симптомов. УУР С (УДД-5) Комментарии: Это связано с тем, что ХОБЛ является прогрессирующим заболеванием, поэтому полная нормализация функциональных показателей легких невозможна.</i>		
4.4.5	Проведена ревизия обоснованности приема ИГКС и при ее отсутствии – ступенчатое снижение с полной отменой ВСЕМ пациентам	да/нет
<i>В КР: У пациентов с ХОБЛ без повторных обострений и с сохранной функцией легких (ОФВ1 > 50% от должного) рекомендуется полная отмена ИГКС при условии назначения ДДБД</i> <i>У пациентов без повторных обострений с ОФВ1 < 50% от должного, получающих тройную терапию, рекомендуется постепенная отмена ИГКС со ступенчатым уменьшением его дозы в течение 3 месяцев. УУР А (УДД –2)</i> <i>Комментарии: Значение ОФВ1<50% ранее считалось фактором риска частых обострений ХОБЛ и рассматривалось как показание к назначению комбинации ИГКС/ДДБА. В настоящее время такой подход не рекомендуется, поскольку он приводит к нежелательным эффектам и неоправданным затратам, хотя в реальной практике ИГКС и комбинации ИГКС/ДДБА назначаются неоправданно часто</i>		

<u>В КР:</u> Комбинацию ИГКС/ДДБА рекомендуется назначать пациентам с ХОБЛ с эозинофилией крови (содержание эозинофилов в крови вне обострения более 300 клеток в 1 мкл) УУР С (УДД-5) Выбор в пользу ИГКС/ДДБА предпочтителен при эозинофилии периферической крови от 100 клеток в 1 мкл а также при наличии в анамнезе бронхиальной астмы		
- При сохранении симптомов (одышки и сниженной переносимости нагрузок) на фоне монотерапии одним ДДБА рекомендуется усиление бронхолитической терапии – перевод на комбинацию ДДАХ/ДДБА (приложение Б) УУР В (УДД – 2) - При наличии у пациента выраженных симптомов (mMRC ≥ 2 или CAT≥ 10) рекомендуется назначение комбинации ДДАХ/ДДБА сразу после установления диагноза ХОБЛ УУР А (УДД – 1) При возникновении повторных обострений на терапии комбинацией ДДАХ/ДДБА у пациента без эозинофилии и/или истории БА или при рецидиве обострений на тройной терапии (ДДАХ/ДДБА/ИГКС), рекомендуется уточнить фенотип ХОБЛ и назначить фенотип-специфическую терапию (рофлумиласт 250 или 500 мкг/сут, #ацетилцистеин**400 или 600 мг/сут, #азитромицин** 250 мг 1 раз в сут ежедневно или 500 мг один раз 3 сут/неделя и др. – приложение Б) [УУР А (УДД – 2)]		
При SaO ₂ <88% назначена ДКТ		
4.4. 6	Рекомендована вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции, новой коронавирусной инфекции	Да/НЕТ
Всем пациентам с ХОБЛ с целью уменьшения риска обострений рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа. УУР А (УДД – 1) Комментарии: В общей популяции показано, что вакцинация лиц старше 65 лет против гриппа снижает риск пневмонии, госпитализации и смерти на 50–68%. Пациентам с ХОБЛ рекомендуется вакцинация против пневмококковой инфекции УУР С (УДД – 5) Комментарии: Вакцинация против пневмококковой инфекции может снизить заболеваемость пневмококковой пневмонией у пациентов с ХОБЛ, однако эффективность ее в отношении влияния на другие исходы (риск обострений, общая смертность) требует дополнительного изучения.		
4.4. 7	Направление(своевременное) на консультацию к пульмонологу, на госпитализацию при наличии показаний	Да/НЕТ
<u>В КР:</u> Показаниями для консультации врача-пульмонолога являются: уточнение диагноза ХОБЛ, дифференциальная диагностика, подбор алгоритма ведения пациента, включая фармакологические и нефармакологические методы лечения больных ХОБЛ, смена терапевтической стратегии при отсутствии эффекта от назначенной ранее терапии (в том числе и при низком комплайнсе тем или иным средствам доставки лекарственных веществ).		
<u>В КР:</u> Пациентам с обострением ХОБЛ госпитализация в стационар рекомендуется при наличии следующих показаний: значительное увеличение интенсивности и/или появление новых клинических симптомов (одышка в покое, нестабильная гемодинамика, ухудшение психического состояния, цианоз, периферические отеки, признаки утомления дыхательных мышц), падение SaO₂<90% (или на 4% и более от исходной) невозможность купировать обострение с помощью первоначальной терапии		
4.5	Лечение обострения ХОБЛ (Назначена терапия, соответствующая клиническим рекомендациям)	
4.5.	Выполнен осмотр врача-пульмонолога или врача-терапевта	Да/НЕТ

1		
4.5. 2	Выполнена пульсоксиметрия	Да/НЕТ
4.5. 3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	Да/НЕТ
<i>В КР: Рекомендуется проведение развернутого общего (клинического) анализа крови всем пациентам с ХОБЛ для скрининга общих патологий УУР С (УДД – 5)</i>		
4.5. 4	Выполнено исследование уровня С-реактивного белка в крови	
4.5. 5	Выполнена рентгенография органов грудной клетки	Да/НЕТ
4.5. 6	Проведена терапия лекарственными препаратами группы	Да/НЕТ
	короткодействующие бронходилататоры (препараты для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей)	
4.5. 7	Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при появлении гнойной мокроты и/или при уровне С-реактивного белка более 10 мг/л)	Да/НЕТ

Задание: Отработать алгоритм краткого профилактического консультирования в ходе диспансерного наблюдения пациента.

№	Этап кратко го	Профессиональная задача	Умения, обеспечивающие решение профессиональной задачи (индикаторы)
1	Начало консультирования	знакомство с пациентом и установление с ним психологического взаимодействия	• приветствие пациента; • сопоставление информации о личных данных пациента с информацией в амбулаторной карте; • уточнение формы обращения к пациенту; • проявление заинтересованности и заботы об удобстве пациента; • одобрение пациента за ответственное отношение к своему здоровью и организованность в прохождении диспансеризации; • уточнение наличия у пациента желания познакомиться с результатами обследования.
2	Информирование пациента	сообщение пациенту информации о результатах обследования и подведение пациента к убеждению возможности решения существующей проблемы	• сообщение пациенту о результатах обследования (выявленных/не выявленных ХНИЗ; факторах риска (ФР); суммарном сердечно-сосудистом риске (ССР); основных показателях (артериальное давление, частота сердечных сокращений, общий холестерин, глюкоза и др.); результатах клинкоинструментальных исследований; рекомендуемых целевых уровнях ФР/показателях здоровья); • обращение внимания пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрение состояния пациента при отсутствии проблем.

3	Объяснение пациенту	разъяснение пациенту информации о результатах обследования с учетом его индивидуальных особенностей, конкретной клинической ситуации, уровня его подготовленности к восприятию информации; психологического типа пациента; возрастных характеристик	• объяснение пациенту механизма негативного влияния выявленных ФР на его здоровье; • объяснение пациенту причины необходимости снижения риска и поддержания здорового образа жизни; • уточнение у пациента, что ему известно о влиянии этого фактора; • информирование пациента о возможности углубленного персонализированного консультирования по рациональному питанию, физической активности, выявленных ФР (при показаниях); • использование понятных для пациента терминов, доводов, примеров, соответствующих интересам пациента; • использование различных средств визуальной передачи информации (таблицы, диаграммы, графики, примеры из опыта профессиональной деятельности и пр.); • обращение к пациенту с уточняющими вопросами; • установления пауз по мере разъяснения информации и уточнения наличия вопросов у пациента.
4	Контроль усвоения / понимания советов и готовность к их выполнению	создание условий для систематизации новой информации (советов и рекомендаций врача, плана действий), ее оценки, ответов на поставленные ранее вопросы, постановки новых целей деятельности	содействие активному выражению пациентом мнения по предложенным советам или рекомендациям; уточнение готовности пациента следовать советам или рекомендациям; вовлечение пациента в принятие решения; рекомендации для пациента по ознакомлению с информационным раздаточным материалом (памятки, брошюры и пр.); регистрация в амбулаторной карте ФР, величины ССР, рекомендаций, сроков повторных посещений; одобрение согласия пациента следовать рекомендациям и советам
5	Завершение консультации	подведение итогов консультирования: уточнение понимания пациентом рекомендаций, советов, данных врачом	подведение итогов консультации; пояснение пациенту процедуры записи на углубленное ПК (по показаниям).

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите факторы риска. Определите суммарный сердечно-сосудистый риск
3. Определите группу здоровья, группу ДН

4. Целевые уровни факторов риска, при необходимости назначьте базисную медикаментозную терапию

5. Определите тактику ведения пациента при наличии факторов риска. Диспансерное наблюдение пациента (объем обследования и лечения).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 50 лет, экономист, руководитель отдела банка. Жалобы при обследовании не предъявляет. К врачу обратился по поводу плановой диспансеризации. Ранее не обследовался. Курит 25 сигарет в сутки. С 43 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Наследственный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 68 лет. Матери 72 года, больна АГ, сахарным диабетом 2 типа.

Объективно: Индекс массы тела- $30,9 \text{ кг/м}^2$, окружность талии 110 см. АД 142/98 мм.рт. ст., ЧСС – 78 ударов в мин.

Лабораторно: глюкоза натощак -6,5 ммоль/л, холестерина – 5,9 ммоль/л, ОАК без патологии. На ЭКГ: ритм синусовый, сумма зубца S в отведении V_1 и зубца R в отведении V_5 (один из критериев Соколова – Лайона) равна 35 мм.

По результатам анкетирования выявлено: отягощенный анамнез по ССЗ, курение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
2. Определите факторы риска. Определите суммарный сердечно-сосудистый риск
3. Определите группу состояния здоровья
4. Целевые уровни факторов риска, при необходимости назначьте базисную медикаментозную терапию.
5. Проведите краткое профилактическое консультирование. Определите тактику ведения пациента. Диспансерное наблюдение пациента.

Эталон ответов: 1. Гипертоническая болезнь II стадия, 1 степени повышения, риск 3 (высокий). ГМЛЖ. Алиментарное ожирение 1 степени по абдоминальному типу. Нарушение гликемии натощак (СД 2 типа?). Гиперхолестеринемия. Курение.

Дополнительные методы обследования: липидный спектр, ПГТТ, гликированный гемоглобин, ОАМ, определение микроальбумина в моче, креатинин, ТТГ, АЛТ, АСТ, мочевая кислота, ЭХО-КС.

2. Суммарный сердечно - сосудистый риск – высокий. Факторы риска: ожирение 1 ст., нерациональное питание, низкая физическая активность, гиперхолестеринемия, курение, АГ, гипергликемия.

3. Группа здоровья – IIIa. Группа ДН – 3.

4. Целевые уровни модифицируемых факторов риска – не курить, уровень общего холестерина $<4,5 \text{ ммоль/л}$, холестерина низкой плотности менее $2,5 \text{ ммоль/л}$, ИМТ $< 25 \text{ кг/м}^2$, глюкоза венозной плазмы натощак $< 6,1 \text{ ммоль/л}$, АД менее 130/80 мм рт.ст.

Базисная медикаментозная терапия – антигипертензивные препараты (рамприл+амлодипин 5+5 мг по 1 т в день), статины (аторвастатин/розувастатин), пероральные сахароснижающие препараты после проведения ПГТТ (метформин).

5. Краткое профилактическое консультирование по коррективке фактора риска «низкая физическая активность», «курение», «нерациональное питание».

Краткое консультирование по низкой физической активности: увеличение физической активности не менее 150 мин. в неделю, занятия аэробикой средней интенсивности или, не менее, 75 мин в неделю занятия аэробикой высокой интенсивности. Физическая активность способствует снижению массы тела, уменьшению инсулинорезистентности, улучшению показателей углеводного и липидного обмена.

Краткое консультирование питанию: рациональное, сбалансированное питание.

-увеличить потребление продуктов, обогащенных полиненасыщенными жирными кислотами (растительные масла, семечки, рыба, птица, морские продукты)

. увеличить потребление клетчатки и сложных углеводов (крупы грубого помола, свежие овощи, фрукты). уменьшить общее потребление жиров

. уменьшить потребление соли до 3-5 г в сутки (1 чайная ложка)

. резко уменьшить потребление насыщенных кислот (животные жиры, сливочное масло, сливки, яичные желтки, субпродукты, колбасные изделия, промышленные кондитерские изделия)

Краткое консультирование по курению: продолжить беседу в соответствии с алгоритмом

краткого консультирования. Определить степень мотивации бросить курить по опроснику, по его результатам – при низкой степени мотивации – направить в кабинет (отделение) медицинской профилактики для мотивационного консультирования. В случае высокой мотивации бросить курить - определить степень зависимости, пациентку направить в кабинет (отделение) медицинской профилактики для углубленного консультирования по отказу, назначения лечения и возможной консультации нарколога.

Тактика ведения: Направить на 2 этап диспансеризации: дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий (т.к. есть комбинация 3 ФР), на углубленное профилактическое консультирование в отделение (кабинет) мед.профилактики (центр здоровья). Также необходимо дообследование вне рамок диспансеризации: липидный спектр, ПГТТ, гликированный гемоглобин, ОАМ, определение микроальбумина в моче, креатинин, ТТГ, АЛТ, АСТ, мочева кислота, ЭХО-КС; консультация эндокринолога.

Диспансерное наблюдение врачом-терапевтом участковым (врачом общей практики) в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (приказ Минздрава РФ от 2022 года №168н): осмотр не реже 2 раз в год, измерение АД (целевой уровень менее 130/80 мм рт.ст.), ХС-ЛПНП, глюкоза плазмы крови, ПГТТ, гликированный гемоглобин, индекс массы тела.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

Пациент 57 лет. Приглашен врачом-терапевтом участковым на контрольную явку ДН. В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет второго типа.

Объективно: АД - 160/86 мм. рт. ст. ОТ=108см. Рост -175см, вес-95кг. Общий холестерин - 6,4 ммоль/л, глюкоза - 6,7 ммоль/л. ФЛГ – без патологии.

В рамках алгоритма ДН осуществите

- 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента). Объем обследования и лечения в рамках ДН.

4. Задания для групповой работы

Подготовить обзор научной литературы по теме «Организация диспансеризации, профилактических и периодических медицинских осмотров; основные виды скрининга»

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 (привести вопросы для самоконтроля)*
 1. Цели проведения диспансерного наблюдения.
 2. Целевой охват диспансерным наблюдением лиц старшего возраста.
 3. С чего начинается планирование диспансерного наблюдения пациентов на врачебном участке?
 4. Что подразумевается под приоритизацией проведения диспансерного наблюдения?
 5. Какие документы регламентируют работу врача при проведении диспансерного наблюдения.
 6. Особенности диспансерного наблюдения пациентов с предраковыми состояниями.
 7. Что включает сводный план ведения диспансерного пациента.
 8. Каким документом определяется периодичность диспансерных приемов?
 9. Сроки установления диспансерного наблюдения?

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Блок I

1. К проактивному приглашению пациентов путем телефонного звонка должен преимущественно привлекаться
 - а) участковый врач
 - б) участковая медицинская сестра
 - в) младший медицинский персонал
 - г) немедицинский персонал
2. При записи на диспансерный прием при первой контрольной явке диспансерного наблюдения в текущем году необходимо предусмотреть прохождение пациентом
 - а) профилактический медицинский осмотр
 - б) диспансеризации ОГВН
 - в) углубленной диспансеризации
 - г) приема в смотровом кабинете
3. В случае невозможности самостоятельного посещения медицинской организации гражданином по состоянию здоровья на диспансерный прием с целью проведения диспансерного осмотра организуется выход на дом
 - а) участкового врача
 - б) медицинской сестры*
 - в) врача-реабилитолога
 - г) медицинского психолога
4. В случае, если не удалось установить контакт с пациентом при приглашении его на диспансерный прием необходимо
 - а) провести его повторное информирование в течение месяца
 - б) провести его повторное информирование в течение месяца, после чего организовать выход на дом с целью диспансерного наблюдения
 - в) провести его повторное информирование через 2 месяца
 - г) провести его повторное информирование через 2 месяца, после чего организовать выход на дом с целью диспансерного наблюдения
5. Каждый пациент по завершении диспансерного приема должен быть проинформирован участковым врачом о
 - а) о необходимости явки в следующем году
 - б) о взаимодействии с социальными службами
 - в) дате (или месяце) проведения следующего диспансерного приема
 - г) сроках прохождения профилактической ФГ
6. Процесс организации проведения диспансерного наблюдения с учетом формирования приоритетной группы коморбидных пациентов состоит из _____ шагов
 - а) 3
 - б) 4
 - в) 5
 - г) 6
7. Скрипт приглашения пациентов из приоритетной группы коморбидных пациентов на диспансерный прием состоит из этапов:
 - а) приветствия (самопрезентации) и непосредственного приглашения
 - б) подтверждения у пациента информации о заболеваниях
 - в) записи пациента на прием
 - г) записи пациента на ПМО или диспансеризацию
8. В соответствии с Порядком диспансерного наблюдения при осуществлении первого в текущем году диспансерного приема проводится:
 - а) профилактический медицинский осмотр
 - б) ежегодная вакцинация от гриппа;
 - в) осмотр узким специалистом;
 - г) консультация реабилитолога.
9. В соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения (приказ Минздрава России № 168н) сроки взятия на диспансерный учет пациента после установления диагноза в амбулаторных условиях составляет _____
 - а) 1 рабочий день
 - б) 3 рабочих дня

в) 3 календарных дня;

г) 5 рабочих дней.

10. Действующий Порядок проведения диспансерного наблюдения предусматривает периодичность приемов/осмотров врачом-терапевтом участковым пациента с *предиабетом* с частотой не менее _____ раз/раз:

а) 1 раз в год

б) 2 раза в год;

в) 3 раза в год;

г) 1 раз в 2 года.

11. Целевой показатель охвата диспансерным наблюдением пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, выявленными в процессе ПМО и диспансеризации, составляет

а) 70%

б) 60%;

в) 65%;

г) 80%

12. Целевой показатель охвата диспансерным наблюдением пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, выявленными в процессе ПМО и диспансеризации среди *лиц старших возрастных* групп составляет не менее _____

а) 90%

б) 70%;

в) 65%;

г) 80%.

13. В соответствии с Порядком диспансерного наблюдения, врач-терапевт участковый/ ВОП устанавливает дату явки пациентов на следующий диспансерный прием, на основании чего участковая медицинская сестра формирует:

а) списки подлежащих осмотру в предстоящем месяце и приглашает их по телефону

б) списки подлежащих осмотру и передает их в регистратуру для приглашения на прием;

в) отчет о проведении диспансерного наблюдения и его эффективности;

г) списки подлежащих флюорографическому обследованию.

№	правильный ответ	№	правильный ответ	№	правильный ответ
1	г	6	г	11	а
2	а, б, в	7	а, б, в	12	а
3	а, б	8	а	13	а
4	б	9	б		
5	в	10	а		

Блок 2

1. Срок установления диспансерного наблюдения при установлении диагноза в амбулаторных условиях составляет _____ дней:

а) 3 календарных

б) 3 рабочих

в) 5 календарных

г) 5 рабочих

2. Срок установления диспансерного наблюдения после получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного составляет _____ дней:

а) 3 календарных

б) 3 рабочих

в) 5 календарных

г) 5 рабочих

3. Охват диспансерным наблюдением лиц с ХНИЗ и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском должен быть не менее

а) 50%

б) 70%

в) 75%

- г) 90%
- 4. В контингент, подлежащих диспансерному наблюдению, включают лиц с
 - а) ХНИЗ
 - б) инфекционными заболеваниями
 - в) высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском
 - г) низким и умеренным сердечно-сосудистым риском
- 5. Охват диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих, должен быть не менее
 - а) 50%
 - б) 70%
 - в) 75%
 - г) 90%
- 6. Результатом диспансерного наблюдения пациента с ХНИЗ является
 - а) достижение целевых значений показателей состояния здоровья в соответствии с клиническими рекомендациями
 - б) сокращение числа обращений по поводу обострений
 - в) снижение числа вызовов скорой медицинской помощи
 - г) обеспечение пациента бесплатными лекарственными средствами
 - д) достижение высокого качества жизни
- 7. Целевое значение охвата диспансерным наблюдением лиц старше трудоспособного возраста, из числа подлежащих, должен быть не менее
 - а) 50%
 - б) 70%
 - в) 75%
 - г) 90%
- 8. Руководитель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, обобщает и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения не позднее _____ числа месяца, следующего за отчетным
 - а) 3
 - б) 5
 - в) 10
 - г) 14
- 9. Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники медицинских организаций
 - а) врачи-терапевты
 - б) врачи-специалисты
 - в) врачи по медицинской профилактике
 - г) участковые медицинские сестры
- 10. При осуществлении диспансерного наблюдения медицинский работник организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь,
 - а) формирует списки на год
 - б) информирует пациентов о необходимости явки
 - в) обучает навыкам самоконтроля состояния здоровья
 - г) выдает лекарственные средства на руки
- 11. В ситуации, когда пациент нуждается в диспансерном наблюдении/консультации врачом-специалистом по отдельным заболеваниям, а такой врач-специалист отсутствует в медицинской организации, то врач – терапевт
 - а) направляет пациента в другую медицинскую организацию
 - б) использует возможность применения телемедицинских технологий
 - в) самостоятельно консультирует пациента
 - г) проводит консилиум
- 12. Диспансерный прием медицинским работником включает
 - а) оценку состояния, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований
 - б) установление (уточнение) диагноза заболевания

- в) оценку приверженности к лечению и оценку эффективности ранее назначенного лечения, а также его коррекцию
- г) оценку состояния, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, назначение лабораторных и инструментальных исследований

13. Приглашение пациентов приоритетной группы на диспансерный прием в рамках диспансерного наблюдения может проводиться посредством:

- а) СМС-рассылки
- б) телефонного разговора
- в) личного визита
- г) почтовой открыткой

№	правильный ответ	№	правильный ответ	№	правильный ответ
1	б	6	а, б, в	11	а, б
2	б	7	г	12	а, б, в
3	б	8	в	13	б
4	а, б, в	9	а, б, в		
5	г	10	а, б, в		

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Руководство по диспансеризации взрослого населения : руководство ред.: Н. Ф. Герасименко, В. М. Чернышев. 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 664
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441671.html>. - Режим доступа: для зарегистрированных пользователей ЭБС Консультант врача. - Текст : электронный.
- 3) Медицинские осмотры : руководство для врачей /. - URL: ред.: И. И. Березин, А. А. Бабанов М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 256 с.
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439081.html>. - Режим доступа: для зарегистрированных пользователей ЭБС Консультант врача. - Текст : электронный.
- 4) 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.М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2022 –97с.
- 5) Методические рекомендации. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. О.М. Драпкина, Л.Ю. Дроздова, А.М. Калинина, П.В. Ипатов, В.А. Егоров, Е.С. Иванова, М.Г. Гамбарян, Р.А. Еганян, Н.С. Карамнова, Б.Э. Горный, С.А. Бойцов, О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская, Р.Н. Шепель, Е.С. Булгакова Издание 2-е. — М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2020. — 232 с.

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.
<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. –
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018
- 13) Рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. easd/esc Рабочая группа по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям европейского общества кардиологов (ESC) в сотрудничестве с европейской ассоциацией по изучению диабета (EASD). 2019
- 14) Учебное пособие «Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования» – учебное пособие С.Ю. Астанина, А.М. Калинина, Р.Н. Шепель, Е.А. Дерина, Н.А. Михайлова, Л.Ю. Волкова, О.М. Драпкина. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ», – 2023. –84с.
- 15) Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья. О.И. Аполихин, Д.Ю. Пушкарь, Б.Р. Гвасалия и др., Москва, 2024 год - 35 с.

Раздел 3. Основные гериатрические синдромы

Тема 3.1: Скрининг и диагностика старческой астении

Цель: формирование способности и готовности врачей к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в аспекте выявления ключевого гериатрического синдрома - старческой астении

Задачи: сформировать понятия о синдроме старческой астении, отдельных гериатрических синдромах и возрастассоциированных заболеваниях;

- изучить положения концепции здорового старения и задачи участковой службы в системе гериатрической помощи на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, клинику, критерии и этапы диагностики старческой астении, особенности кодирования заболевания/состояния, алгоритм ведения пациента с синдромом старческой астении и высоким риском ее развития;
- изучить подходы к профилактике старческой астении и функционального спада;
- сформировать навык проведения скрининга старческой астении и краткого профилактического консультирования с целью профилактики гериатрических синдромов и старческой астении
- сформировать навык организации и ведения пациента со старческой астенией в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

классификацию возрастов, особенности системы гериатрической помощи в России, нормативные документы, регулирующие оказание помощи по профилю «гериатрия» и задачи

участковой службы при оказании помощи лицам пожилого и старческого возраста, основные положения актуальных клинических рекомендаций по теме, этиопатогенез, клинику, критерии и этапы диагностики синдрома старческой астении, отличия гериатрического и клинического синдромов, алгоритм скрининга и ведения пациента со старческой астенией и высоким риском ее развития; принципы формирования ЗОЖ в аспекте здорового старения.

Обучающийся должен уметь:

проводить дифференциальную диагностику гериатрических синдромов, возраст-ассоциированных заболеваний/состояний и при подозрении на наличие старческой астении; определять показания к направлению пациентов пожилого и старческого возраста на консультацию к врачу-гериатру, другим специалистам, на госпитализацию и реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную в рамках диспансеризации лиц 65+ и от пациентов с заболеванием/состоянием с учетом возрастных изменений органов и систем; проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов пожилого и старческого возраста в отношении гериатрических синдромов, заболеваний и (или) состояний; оформлять медицинскую документацию;

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга синдрома старческой астении, навыком проведения диспансеризации лиц старшего возраста, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов с учетом возрастных изменений органов и систем, методикой краткого профилактического консультирования лиц старших возрастных групп, методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

- 1) критерии пожилого, старческого возраста и долгожительства;
- 2) сущность понятия и критерии старческой астении;
- 3) сущность понятий «индивидуальная жизнеспособность, возрастная жизнеспособность, функциональная способность и здоровое старение»;
- 4) суть концепции здорового старения и оказания комплексной помощи пожилым людям (ICOPE);
- 5) задачи участковой службы в системе гериатрической помощи на современном этапе в Российской Федерации;
- 6) особенности патогенеза и континуум старческой астении;
- 7) алгоритм диагностики старческой астении и тактики ведения пациента при подозрении на синдром старческой астении, маршрут пациента;
- 8) особенности проведения диспансеризации граждан 65+;
- 9) принципы оценки потребности в реабилитации и долговременном уходе среди лиц 60+;
- 10) принципы формирования ЗОЖ, профилактики старческой астении, отдельных гериатрических синдромов и функционального спада.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков по алгоритму под контролем преподавателя).*

- 1) Отработать навык скрининга на старческую астению на основе опросника «Возраст не помеха» и интерпретации полученных результатов на основе алгоритма ведения лиц 60+ в клинических рекомендациях по старческой астении

Таблица. Опросник «Возраст не помеха»

№	Вопросы	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

*Имеется в виду непреднамеренное снижение веса. Если пациент похудел намеренно – за счет соблюдения специальной диеты или регулярной физической активности, балл не засчитывается.
За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

2) Отработать навык оценки базовой функциональной активности и интерпретации полученных результатов

Таблица. Базовая функциональная активность-индекс Бартел (Barthel Activities of daily living Index)*

Прием пищи	10 — не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами; 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи; 0 — полностью зависю от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)
Личная гигиена	5 — не нуждаюсь в помощи (умывание, чистка зубов, бритье); 0 — нуждаюсь в помощи
Одевание	10 — не нуждаюсь в посторонней помощи; 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц; 0 — полностью нуждаюсь в посторонней помощи
Прием ванны	5 — принимаю ванну без посторонней помощи; 0 — нуждаюсь в посторонней помощи
Контроль мочеиспускания	10 — контроль над мочеиспусканием; 5 — случайные инциденты недержания мочи; 0 — недержание мочи или катетеризация
Контроль дефекации	10 — контроль над дефекацией; 5 — случайные инциденты; 0 — недержание кала (или необходимость постановки клизм)
Посещение туалета	10 — не нуждаюсь в помощи; 5 — частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.); 0 — нуждаюсь в использовании судна, утки
Вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)	15 — не нуждаюсь в помощи; 10 — нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке; 5 — могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна физическая поддержка одного или двух человек; 0 — не способен встать с постели даже с посторонней помощью, не удерживает баланс в положении сидя
Передвижение (на ровной поверхности)	15 — могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние более 50 метров; 10 — могу передвигаться с посторонней помощью (вербальной или физической) на расстояние более 50 метров; 5 — могу передвигаться с помощью инвалидной коляски на расстояние более 50 метров; 0 — не способен к передвижению или передвигается на расстояние менее 50 метров;
Подъем по лестнице	10 — не нуждаюсь в помощи; 5 — нуждаюсь в наблюдении или поддержке; 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой
Общий балл: ____/100	

Интерпретация результатов

0–20 баллов – полная зависимость

25–60 баллов – выраженная зависимость

65–90 баллов – умеренная зависимость

95 – легкая зависимость

100 – полная независимость

*Примечание: При заполнении анкеты индекса Бартел необходимо придерживаться следующих правил:

- Индекс отражает реальные действия пациента, а не предполагаемые.
- Необходимость присмотра означает, что пациент не относится к категории тех, кто

не нуждается в помощи (пациент не независим).

- Уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса пациента, его родственников, однако важны непосредственные наблюдения и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.

- Обычно оценивается функционирование пациента в период предшествующих 24–48 часов. Средние категории означают, что пациент осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

- Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите гериатрические синдромы.
3. Определите тактику врача участкового (ВОП/СВ).
4. Ответьте на дополнительные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1

Женщина, 78 лет, обратилась к врачу с жалобами на нарастающую усталость и слабость в течение 6 недель в сочетании с похуданием на 8 кг. Из анамнеза: вышеперечисленные симптомы появились после переезда к детям. Сначала симптомы были не очень тяжёлыми, но далее пациентка стала чувствовать себя абсолютно истощённой к полудню. Физическая активность любого рода вызывает затруднения и выраженную усталость. Шесть месяцев назад у пациентки был эпизод нарушения сна, когда она просыпалась в 2-3 часа ночи. Эти изменения возникли после смерти мужа и сочетались с ощущением усталости и потерей аппетита. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Вес 48 кг, рост 174 см, Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст. Пульс 70 в мин. Язык суховат, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Диурез в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза 5.83 ммоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, СКФ 65 мл/мин (по формуле CKD-EPI), общий холестерин — 4.3 ммоль/л. Проведены скрининговые тесты: Возраст не помеха – 4 балла; GDS — 11 баллов.

Ответы: 1. Депрессивный синдром. 2. Вероятная старческая астения, мальнутриция, вероятная саркопения. 3. Показано направление на консультацию гериатра с целью уточнения диагноза и определения тактики лечения. 4. Наблюдение пациентки на врачебном участке с выполнением рекомендаций гериатра.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 2 Женщина, 72 года, обратилась к врачу, с жалобами на слабость, повышение уровня глюкозы по глюкометру до 18 ммоль/л, частые падения (около 4-5 за месяц), периодическое повышение уровня АД до 180/90 мм рт ст, чувство нехватки воздуха, головокружения, одышку при ходьбе, отеки нижних конечностей, снижение слуха. Страдает сахарным диабетом в течение 15 лет., уровень гликемии в дебюте – 14 ммоль/л. В дебюте заболевания были назначены пероральные сахароснижающие препараты: глибенкламид – 3,5 мг 1 таблетка в сутки, метформин 1000 мг в сутки. Последние несколько лет до настоящего обращения получала следующую терапию: глибенкламид – 3,5 мг 2 таблетки перед завтраком и 2 таблетки перед ужином метформин – 1000 мг по 1 таблетке утром и 1 таблетке на ночь. Уровень гликемии контролирует по глюкометру. Журнал самоконтроля не ведет. Уровень гликемии натощак колеблется от 14 до 17 ммоль/л. У эндокринолога наблюдается. Диету не соблюдает. Принимает колекальциферол 2000 МЕ (нерегулярно). Отмечает частые гипогликемические состояния, которые сопровождаются головокружением, слабостью, дрожью в теле, потливостью. Гипертоническая болезнь около 8 лет, принимает периндоприл 10 мг в сутки. Перенесла острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST по нижней стенке 5 лет назад. Хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса (ФР 40%) в течение 4 лет. По опроснику «Возраст не помеха» - 5 баллов. HbA1c = 11%. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику врача участкового (ВОП/СВ).

4. Назовите группу сахароснижающих препаратов, рекомендованных пациентам с ХСН и сниженной фракцией выброса.

Ситуационная задача 3

Пациентка, 81 год, проживающая самостоятельно, пришла на прием к врачу с сыном с жалобами на снижение аппетита, слабость, быструю утомляемость, апатию. Вышеописанные жалобы нарастали постепенно в течение последних 3,5 мес после перенесенного острого респираторного вирусного заболевания, когда пациентка около 10 дней была вынуждена провести практически на постельном режиме дома. За время болезни похудела на 4 кг, потом набрала 1,5 кг. Пациентка проживает одна в 2-х комнатной квартире на 3-ем этаже 5-ти этажного дома без лифта, длительный анамнез артериальной гипертензии, по поводу которой принимает амлодипин 5 мг/сутки, эналаприл 20 мг/сутки, инфарктов миокарда, инсультов не было, не курит, алкоголь не употребляет. Результат скрининга старческой астении по шкале «Возраст не помеха» 5 баллов. Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 66,2 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, обычной влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, шумы над областью сердца, сонных артерий не выслушиваются. ЧСС 88 в 1 мин. АД лежа 142/74 мм рт. ст., стоя через 1 минуту 133/70 мм рт.ст., через 2 мин 137/72 мм рт.ст., через 3 мин 145/73 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Центральная нервная система: очаговых симптомов нет. Зрение снижено. Слух не снижен. По данным комплексной гериатрической: индекс Бартел – 90 баллов. В анализах крови: гемоглобин - 109 г/л, эритроциты - 3,9 млн, MCV – 75, лейкоциты - 7,7 тыс., тромбоциты - 281 тыс., СОЭ - 33 мм/ч, общий белок - 62 г/л, альбумин - 44 г/л, креатинин 90 ммоль/л, общий билирубин - 9 ммоль/л, триглицериды — 1,9 ммоль/л, общий холестерин 6,3 ммоль/л, ЛПНП — 4,3 - ммоль/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, железо 3,3 нмоль/л, ферритин 12 нг/мл. В анализе мочи: pH - 6, 1, удельный вес - 1016, белок, глюкоза отрицательны, эритроциты 0-1 в поле зрения, лейкоциты - единичные в препарате. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику врача участкового (ВОП/СВ). 4. Определите индивидуальный план коррекции выявленных гериатрических синдромов

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	Опишите клиническую ситуацию из практики сформулируйте РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Определите гериатрические синдромы.
Э	-	
В	3	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
О	-	
В	4	Профилактика и динамическое наблюдение пациента
Э	-	

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
1. алгоритм ведения пациента 60+ с результатом скрининга на старческую астению 3-5 балла
 2. алгоритм ведения пациента 60+ с результатом скрининга на старческую астению 1-2 балла

3. отличия гериатрических синдромов и клинических синдромов;
4. наиболее частые гериатрические синдромы в практике врача участкового;
5. определение понятия «старческая астения»
6. основные задачи врача общей практики при ведении пациентов пожилого и старческого возраста;
7. показания для направления к врачу-гериатру.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

Выполнить тестовые задания:

Блок 1

Выберите один ответ:

1. Демографическая ситуация в России в настоящее время характеризуется:
 - а) уменьшением продолжительности жизни
 - б) увеличением рождаемости
 - в) изменением социальной структуры общества
 - г) увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста
2. Геронтология как научная дисциплина, представляет собой раздел:
 - а) психологии и психосоциологии, изучающий изменение психики при старении человека
 - б) раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека
 - в) социологии и обществоведения, изучающий процессы в стареющем обществе
3. Гериатрия – это область клинической медицины, которая:
 - а) изучает болезни людей старших возрастных групп с позиций междисциплинарного подхода
 - б) определяет условия проживания людей пожилого и старческого возраста
 - в) разрабатывает методы лечения и профилактики заболеваний людей пожилого и старческого возраста
4. Наиболее частая психосоциальная проблема пожилых людей – это:
 - а) социальная самоизоляция
 - б) чувство одиночества
 - в) беспокойство за судьбу близких
 - г) чувство невостребованности.
5. Целевой уровень систолического АД при проведении антигипертензивной терапии у пациента со старческой астенией:
 - а) ниже 140 мм рт. ст.;
 - б) ниже 150 мм рт. ст.;
 - в) между 150 и 130 мм рт.ст.
 - г) ниже 160 мм рт. ст.
 - д) ниже 130 мм рт. ст
6. Синдром старческой астении характеризуется всеми проявлениями, кроме:
 - а) развитие зависимости от посторонней помощи
 - б) утрата способности к самообслуживанию
 - в) увеличение двигательной активности
 - г) наличием гериатрических синдромов
7. Предупреждение какого состояния не служит профилактикой синдрома старческой астении?
 - а) деменция
 - б) патологические переломы
 - в) ожирение
 - г) прогрессирующее похудание
8. Крайним проявлением старческой астении является:
 - а) полная обездвиженность
 - б) гипомобильность
 - в) деменция
 - г) синдром падений
9. Гериатрический осмотр подразумевает получение информации по следующим позициям:
 - а) сведения о личности пациента
 - б) оценка физического состояния
 - в) оценка психического статуса
 - г) социальный статус
 - д) все перечисленное верно

10. Оценка по применяемой в гериатрической диагностике шкале «Возраст не помеха» позволяет ориентироваться на выявление основных гериатрических синдромов, кроме:

- а) синдрома мальнотриции
- б) нарушения двигательной активности
- в) синдрома полипрагмазии
- г) недержания мочи и кала

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
г	б	а	б	в	в	в	а	д	в

Блок 2

1. Качество жизни человека старческого возраста прежде всего обусловлено

Выберите один ответ:

- а) физическим и психическим здоровьем
- б) независимостью от окружающей помощи
- в) отсутствием коморбидной патологии
- г) чувством цели и духовностью

2. В свете Указа Президента от 07.05.2024 программы национальных проектов должны обеспечить повышение ожидаемой продолжительности жизни к 2030 году и к 2036 году соответственно до ____/ и до ____ лет

- а) 76/80
- б) 68/78
- в) 80/85
- г) 78/81

3. Организация гериатрической медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

- а) № 38 н от 2016 г с дополнениями
- б) № 869 н от 2017 г.
- в) № 543н с поправками от 2018 г.
- г) №168н от 2022 г.

4. Федеральным законом "Об образовании в Российской Федерации" впервые нормативно закреплено понятие непрерывного образования, которое обеспечивает возможность реализации права граждан на образование в течение всей жизни

- а) только для продолжения профессиональной деятельности
- б) вне зависимости от профессиональной занятости
- в) только при получении новой профессии
- г) только для лиц в трудоспособном возрасте.

5. Демографическая ситуация в России характеризуется

Выберите несколько ответов:

- а) увеличением удельного веса детей
- б) снижением продолжительности жизни
- в) увеличением удельного веса лиц пожилого возраста
- г) увеличением продолжительности жизни
- д) изменением социальной структуры общества

6. По классификации ВОЗ старческим считается возраст

- а) 75-89 лет
- б) 96 и более лет
- в) 90-95 лет
- г) 60-74 года

7. Подтверждение диагноза старческой астении основывается на данных

- а) комплексной гериатрической оценки
- б) применении скринингового опросника
- в) лабораторном исследовании
- г) инструментальном исследовании

8. Прогноз синдрома старческой астении во много определяется

- а) сохранностью когнитивных функций

- б) возрастом пациента
- в) сроками развития
- г) наличием депрессии

9. Комплексная гериатрическая оценка включает следующие компоненты

- а) оценка физического статуса
- б) оценка нейропсихического статуса
- в) оценка гормонального статуса
- г) оценка функционального статуса

10. Эйджизм – это:

- а) отрицательное или уничижающее, неприязненное отношение к людям преклонного возраста с их дискриминацией
- б) снижение функциональной активности в пожилом возрасте
- в) плохо контролируемая боль
- г) когнитивные нарушения в пожилом возрасте

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	б	5	в, г	9	а, б, г
2	г	6	а	10	а
3	а	7	а		
4	б	8	а, г		

4) Подготовить обзор научной литературы по теме.

Особенности ведения пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы и синдромом старческой астении;

Особенности ведения пациентов с патологией органов дыхания и синдромом старческой астении;

Особенности ведения пациентов с патологией почек и синдромом старческой астении.

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 480с.
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2018. — 608 с.

Дополнительная:

1. Гериатрия //Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Под редакцией О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 1040с/992 с. \
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. , 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.
3. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации. /Под редакцией О.Н. Ткачевой. - М.:Прометей, 2019, - 66с.
4. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методическое руководство.Минздрав России. - 2018, – 88с. - <https://cr.minzdrav.gov.ru>
5. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 № 38н (ред. От 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия»

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.

5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 3. Основные гериатрические синдромы

Тема 3.2: Саркопения и мальнутриция.

Цель: формирование способности и готовности врачей к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в аспекте ранней диагностики, определения тактики ведения, профилактики саркопении и мальнутриции.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам и задачи участковой службы (ОВП) по теме саркопении и мальнутриции;
- рассмотреть вопросы этиопатогенеза, факторы риска, эпидемиологии, патофизиологии, клиники и диагностики, особенности кодирования заболевания, профилактики и тактики ведения в амбулаторных условиях пациентов с саркопенией и мальнутрицией;
- изучить алгоритм выявления и тактики ведения пациента при подозрении на саркопению и мальнутрицию в общей врачебной практике с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики мальнутриции и саркопении в старшем возрасте, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навыки проведения скрининга саркопении и мальнутриции и краткого профилактического консультирования пациента.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме саркопении и мальнутриции и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе; этиопатогенез, эпидемиологию, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию к врачу гериатру, другим специалистам; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику гериатрических синдромов; выявлять факторы риска, определять показания к направлению на консультацию к врачу-гериатру и другим специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием с учетом возрастных изменений органов и систем; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; составлять индивидуальный план лечения; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на первичную, вторичную/ третичную профилактику гериатрических синдромов, проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов пожилого и старческого возраста в аспекте гериатрических синдромов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

методикой скрининга гериатрических синдромов в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой индивидуального профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (*перечень вопросов для собеседования*).

- 1) причины, механизмы и факторы риска развития недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте;
- 2) скрининг и критерии наличия недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте и оценка ее тяжести;
- 3) организация лечения недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП;
- 4) сущность понятия и критерии диагностики саркопении;
- 5) особенности патогенеза саркопении;
- 6) общие черты и различия саркопении и старческой астении;
- 7) особенности профилактики и лечения саркопении в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП;

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков по алгоритму под контролем преподавателя).*

- 1) *Отработать методику проведения динамометрии и навык оценки ее результатов.*

Методика проведения динамометрии. Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить трехкратное измерение силы жатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов можно использовать среднее или максимальное значение силы жатия сильнейшей руки.

Таблица. Критерии низкой силы жатия в зависимости от пола и индекса массы тела

Пол	Индекс массы тела, кг/м ²	Сила жатия, кг
Мужчины	≤ 24	≤ 29
	24,1–26	≤ 30
	26,1–28	≤ 30
	> 28	≤ 32
Женщины	≤ 23	≤ 17
	23,1–26	≤ 17,3
	26,1–29	≤ 18
	> 29	≤ 21

- 2) *Отработать методику скрининга мальнутриции и интерпретации ее результатов.*

Таблица. Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)

Скрининговая часть (пункты А-Е)		
А.	Снизилось ли за последние 3 месяца количество пищи, которое Вы съедаете, из-за потери аппетита, проблем с пищеварением, из-за сложностей при пережевывании и глотании?	серьезное уменьшение количества съедаемой пищи — 0 баллов умеренное уменьшение — 1 балл нет уменьшения количества съедаемой пищи — 2 балла
Б.	Потеря массы тела за последние 3 месяца	потеря массы тела более, чем на 3 кг – 0 баллов не знаю — 1 балл потеря массы тела от 1 до 3 кг – 2 балла нет потери массы тела — 3 балла
В.	Подвижность	прикован к кровати/стулу — 0 баллов способен встать с кровати /стула, но не выходит из дома — 1 балл выходит из дома — 2 балла
Г.	Острое заболевание (психологический стресс) за последние 3 месяца	да — 0 баллов нет — 2 балла
Д.	Психоневрологические проблемы	серьезное нарушение памяти или депрессия — 0 баллов умеренное нарушение памяти — 1 балл нет нейropsychологических проблем — 2 балла
Е.	Индекс массы тела	меньше 19 кг/м ² — 0 баллов 19-20 кг/м ² — 1 балл 21-22 кг/м ² — 2 балла 23 кг/м ² и выше – 3 балла
Сумма баллов за скрининговую часть: ____/14 Интерпретация: Если сумма баллов за скрининговую часть составила 12-14 баллов – нормальный статус питания. Если сумма баллов по скрининговой части составила менее 12 баллов – продолжить опрос далее.		
Ж.	Живет независимо (не в доме престарелых или больнице)	нет — 0 баллов да – 1 балл
З.	Принимает более трех лекарств в день	да — 0 баллов нет — 1 балл

И.	Пролежни и язвы кожи	да — 0 баллов нет — 1 балл
К.	Сколько раз в день пациент полноценно питается	1 раз — 0 баллов 2 раза — 1 балл 3 раза — 2 балла
Л.	Маркеры потребления белковой пищи:	если 0-1 ответ «да» — 0 баллов если 2 ответа «да» — 0,5 балла если 3 ответа «да» — 1 балл
	одна порция молочных продуктов (1 порция = 1 стакан молока, 60 г творога, 30 г сыра, 3/4 стакана йогурта) в день (да /нет)	
	две или более порции бобовых и яиц в неделю (1 порция = 200 г бобовых, 1 яйцо) (да /нет)	
	мясо, рыба или птица каждый день (да /нет)	
М.	Съедает две или более порций фруктов или овощей в день (1 порция = 200 г овощей, 1 любой фрукт среднего размера)	нет — 0 баллов да — 1 балл
Н.	Сколько жидкости выпивает в день	меньше 3 стаканов — 0 баллов 3-5 стаканов — 0,5 балла больше 5 стаканов — 1 балл
О.	Способ питания	не способен есть без помощи — 0 баллов ест самостоятельно с небольшими трудностями — 1 балл ест самостоятельно — 2 балла
П.	Самооценка состояния питания	оценивает себя как плохо питающегося — 0 баллов оценивает свое состояние питания неопределенно — 1 балл оценивает себя как не имеющего проблем с питанием — 2 балла
Р.	Состояние здоровья в сравнении с другими людьми своего возраста	не такое хорошее — 0 баллов не знает — 0,5 балла такое же хорошее — 1 балл лучше — 2 балла
С.	Окружность по середине плеча	20 см и меньше — 0 баллов 21–22 см — 0,5 балла 23 см и больше — 1 балл
Т.	Окружность голени	меньше 34 см — 0 баллов 34 см и больше — 1 балл

Общий балл: _____/30

Интерпретация результатов:

>23,5 баллов — нормальный статус питания

17–23,5 баллов — риск недостаточности питания (мальнутриции)

<17 баллов — недостаточность питания (мальнутриция)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите гериатрические синдромы.
3. Определите тактику врача участкового (ВОП/СВ).
4. Ответьте на дополнительные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1

Женщина, 83 года, обратилась к врачу, жалуется на снижение веса на 5 кг за год, снижение аппетита. Не обследовалась и не лечилась. Данные жалобы постепенно прогрессируют в течение полугода, когда начали беспокоить симптомы общей слабости, головокружения. Анамнез жизни: гипертоническая болезнь. ОИМ, ОНМК отрицает. Падений, переломов не было. Проживает одна. Есть дочь, навещает раз в неделю. На пенсии. Образование высшее, работала педагогом. Регулярно лекарственные препараты не принимает. Гинекологический анамнез: менопауза с 50 лет.

Аллергоанамнез не отягощен. Хир. анамнез: оперирована по поводу геморроя в 40 лет. Падения и переломы - последнее падение в декабре этого года – на улице. Медикаментозная терапия: принимает периндоприл. При осмотре: Общее состояние Положение активное. Сознание ясное. Пациентка отвечает на вопросы полностью. В месте времени и собственной личности ориентирована верно. Рост (см) 161. Вес (кг) 47. ИМТ (кг/м²) 18.1. Кожные покровы бледные. Видимые слизистые Чистые, физиологической окраски. Язык Чистый, влажный. Дыхательная система Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД, в 1 мин. 14. Сердечно-сосудистая система Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС, в 1 мин. 68. Артериальное давление систолическое, мм.рт.ст. 115. Артериальное давление диастолическое, мм.рт.ст. 65. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика Выслушивается. Стул Регулярный, оформленный, калом физиологической окраски. Мочеиспускание Свободное, безболезненное. Отеки отсутствуют. В анализах крови: гемоглобин - 119 г/л, эритроциты - 4,1 млн, лейкоциты - 7,7 тыс., тромбоциты - 181 тыс., лимфоциты 1500/мкл, СОЭ - 10 мм/ч, общий белок - 67 г/л, альбумин - 46 г/л, креатинин 150 ммоль/л, общий билирубин - 9 ммоль/л, триглицериды — 1,9 ммоль/л, общий холестерин 6,3 ммоль/л, ЛПНП — 4,3 - ммоль/л, сыв.железо – 5 мкмоль/л, витамин Д12 нг/мл, глюкоза — 4,3 ммоль/л. В анализе мочи: PH - 6, 1, удельный вес - 1016, белок, глюкоза отрицательны, эритроциты. Результаты гериатрического скрининга: Индекс Бартел 95/100 баллов (легкая зависимость в повседневной жизни). Скрининг MNA 14/14 баллов. Тест MNA 17,5/30 баллов (Риск развития мальнутриции). Скрининг «Возраст не помеха» – 5 баллов. Краткая батарея тестов SPPB тест 7/12 баллов (баланс+-, 4 м 6,4 сек - 2 б, 5кр12 сек - 3 б) = старческая астения. Падения за предшествующий год есть. Динамометрия 12 кг. Ортостатическая проба положительная. Хронический болевой синдром отрицает. Индекс FRAX основной 20%, шейки бедра 12%. Тест "Mini-Cog" 4/5 баллов (Низкий риск когнитивных нарушений). Тест "Рисование часов" 10/10 баллов.

Ответы:1. Гипертоническая болезнь. II стадия. контролируемая, ИСАГ. Ортостатическая гипотензия, риск 3. ИЦУ АД менее 150/90. Сопутствующие: Остеопороз. Синдром старческой астении. 2. Мальнутриция. Вероятная саркопения. Риск падений и переломов. 3. Пересмотр антигипертензивной терапии, лечение остеопороза в рамках диспансерного наблюдения у участкового врача. Консультация гериатра, комплекс немедикаментозных мер (ЛФК, сипинг не менее чем на 1 мес,) 4. Составление индивидуального плана профилактики падений для пациента.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 2

Женщина, 86 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на головокружение несистемного характера, шум в голове, неустойчивость и шаткость при ходьбе, потерю сознания, общую слабость, снижение веса на 3 кг за последние несколько месяцев, снижение памяти на текущие события, снижение зрения. В анамнезе: головокружения беспокоят много лет. Первая потеря сознания в декабре 2018 г, обследовалась и лечилась стационарно с положительным эффектом. Пенсионер. Образование высшее. Работала учителем. Есть дети. Проживает с супругом. По данным обследования: ЭКГ - Ритм синусовый с ЧСС 66 уд в мин. ЭОС нормальная. Нарушение ритма и проводимости сердца не выявлены. Без данных за острую ишемию миокарда. ЭЭГ - выявляются умеренные диффузные ирритативные изменения биоэлектрической активности мозга. Типичной эпилептиформной активности, отчетливых очаговых изменений в данном исследовании не выявлено. УЗДГ БЦА - Атеросклероз БЦА. Стеноз устья ПКЛА на 35% по диаметру, стеноз бифуркации правой ОСА до 35%, левой ОСА 25%. УЗИ ЩЖ - Эхографические признаки узловых образований обеих долей щитовидной железы небольших размеров. ЭХО-КГ - Размеры камер сердца не увеличены. МР 1 ст, ТР1- 2ст., ЛР 1 ст. АР 1 ст. Зон нарушения локальной сократимости не выявлено. ФВ по Симпсону 68%. УЗИ ОБП - Эхографические признаки простой кисты печени, диффузных изменений поджелудочной железы. УЗДГ артерий н/к - эхографические признаки облитерирующего атеросклероза магистральных артерий н/к без дефицита кровотока в дистальных отделах. УЗДГ вен н/к - эхографические признаки тромбоза мышечной вены правой голени, без флотирующих элементов тромбов. УЗИ почек - признаки опущения правой почки. ХМ-ЭКГ - средняя ЧСС 79 уд в мин, мин 64 уд в мин, макс 116 уд в мин, эпизодов укорочения и удлинения PQ не выявлено. Зарегистрирована наджелудочковая эктопическая активность, нехарактерная для здоровых лиц в виде одиночных, парных и групповых экстрасистол в количестве 9 в час и пароксизм наджелудочковой тахикардии с чсс до 146 уд в мин длительностью 2 с, с депрессией ST до 1,5 мм во время пробежки НЖТ. Выявлены эпизоды смещения сегмента ST до 275 мкВ. ЭГДС - диффузная гастропатия с единичными

геморрагиями антрального отдела желудка. Уреазный тест на диагностику *H. Pylori* слабоположительный. Рубцовая деформация луковицы ДПК (не выражено). МРТ головного мозга - мр-картина немногочисленных очаговых изменений вещества мозга дистрофического характера, перивентрикулярного глиоза, выраженной сочетанной (более внутренней) атрофической гидроцефалией, симметричной биполушарной кортикальной атрофии, атрофических изменений мозжечка, гиппокампов. Структурные изменения хрусталиков обоих глаз. Асимметрия диаметра позвоночных артерий, без признаков сужения. В анамнезе: ЦВБ.ХИГМ гипертонического и атеросклеротического генеза, декомпенсация. Вестибулоатактический синдром. Синкопальные состояния от 16.04.21, февраль 2022. Гипертоническая болезнь III ст. риск ССО 4. ИБС: Стенокардия напряжения II ФК, ХСН с сохраненной ФВ II ФК по NYHA. НК 2а ст. Хронический гастрит, вне обострения. Язвенная болезнь луковицы 12пк, в ст.ремиссии. Киста печени. Синдром Жильбера? Тромбоз мышечной вены правой голени неизвестной давности с признаками начальной реканализации. Снижение зрения длительно: OU-Артифакция, ВМД, сухая форма, ангиопатия сетчатки смешанного генеза, OD - о/у глаукома Па, ЧАЗН. Анамнез жизни: рос и развивался согласно возрасту. Гинекологический анамнез: менопауза с 40 лет. Аллергоанамнез не отягощен. Хир. анамнез: оперирована по поводу геморроя в 40 лет. Падения и переломы - ежегодные падения с потерей сознания (без урикации и судорог), последнее падение в феврале года - пациентка заболела НКВИ, готовила еду - синкопе, в результате падения множественные ожоги от горячей сковороды (стационарное лечение). Перелом в 60 лет в результате падения (толкнул велосипедист) перелом большеберцовой кости? Со слов пациентки на остеопороз проверялась давно - по результатам был выявлен остеопороз? антиостеопоротическую терапию не получала. Медикаментозная терапия: мексидол, бетагистин. При осмотре: Общее состояние Положение активное. Сознание ясное. Пациентка отвечает на вопросы полностью. В месте времени и собственной личности ориентирована верно. Рост (см) 157. Вес (кг) 47. ИМТ (кг/м²) 19.1. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые Чистые, физиологической окраски. Язык Чистый, влажный. Дыхательная система Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД, в 1 мин. 17. Сердечно-сосудистая система Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС, в 1 мин. 70. Артериальное давление систолическое, мм.рт.ст. 120. Артериальное давление диастолическое, мм.рт.ст. 70. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика Выслушивается. Стул Регулярный, оформленный, калом физиологической окраски. Мочеиспускание Свободное, безболезненное. Отеки отсутствуют. Результаты комплексной гериатрической оценки: мобильность самостоятельно. Индекс Бартел 95/100 баллов (легкая зависимость в повседневной жизни). Скрининг MNA 10/14 баллов. Тест MNA 20,5/30 баллов (Риск развития мальнутриции). SPPB тест 7/12 баллов (баланс++-, 4 м 6,4 сек - 2 б, 5кр- 12 сек - 3 б) старческая астения. Падения за предшествующий год есть, в феврале 2022 года. Динамометрия 14 кг. Шкала Морзе 50 баллов. Ортостатическая проба положительная. Хронический болевой синдром отрицает. Сенсорные дефициты - зрение и слух. Индекс FRAX основной 20%, шейки бедра 12%. Оценка когнитивного и психоэмоционального статуса: шкала Тест "Mini-Cog" 4/5 баллов (Низкий риск когнитивных нарушений). Тест "Рисование часов" 10/10 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Определите гериатрические синдромы.
3. Определите тактику ведения и лечения.
4. Определите индивидуальный план профилактики падений для пациента

Ситуационная задача 3

Женщина, 78 лет, обратилась к врачу с жалобами на усталость, боли в спине, уменьшающиеся в горизонтальном положении, боли в коленных, правом плечевом суставах, онемение в пальцах рук. Из анамнеза: 7 лет назад перенесла низкоэнергетический перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста, денситометрия не проводилась, лечение не получала. Ранее отмечала повышение гликемии до 6.2 ммоль/л, диагноз СД не выставлялся, соблюдает периодически низкоуглеводную диету. Более 15 лет страдает гипертонической болезнью, принимает препараты из группы сартанов и антагонистов кальция. При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес 54 кг, рост 154 см, ИМТ 22.37 кг/м². Нормостенической конституции. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст. Пульс 70 в мин. Язык суховат, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка

не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Диурез в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза 5.83 ммоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, СКФ 65 мл/мин (по формуле СКД-ЕРІ), общий холестерин — 4.3 ммоль/л.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план не- и медикаментозных мероприятий профилактики повторных переломов.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	Опишите клиническую ситуацию из практики сформулируйте
У	-	РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Определите гериатрические синдромы.
Э	-	
В	3	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
О	-	
В	4	Профилактика и динамическое наблюдение пациента
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)

- наиболее частые факторы риска развития мальнутриции в пожилом и старческом возрасте;
- принципы выявления мальнутриции в общей врачебной практике у лиц в пожилом и старческом возрасте;
- тактика врача общей практики при выявлении мальнутриции в пожилом и старческом возрасте;
- наиболее частые факторы риска развития саркопении;
- дифференциальный диагноз вероятной саркопении;
- маршрутизация пациента с высоковероятной саркопенией;
- основные принципы профилактики и реабилитации лиц при наличии мальнутриции и саркопении в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП;

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

Блок 1

1. Низкая мышечная сила у мужчин диагностируется при помощи кистевой динамометрии, если значение менее ___кг

- 26
- 28
- 30
- 40

2. Для выявления саркопении может использоваться:

- оценка индекса массы тела
- измерение окружности талии

- в) динамометрия
г) МоСА-тест
3. При подозрении на старческую астению возможно применение следующего исследования:
а) краткая батарея тестов физического функционирования
б) Канзасский опросник качества жизни (KCCQ)
в) опросник SF-36
г) опросник DN-4
4. В профилактике старческой астении следует использовать все перечисленные методы, кроме:
а) когнитивный тренинг
б) физические упражнения
в) потребление белка 0,5 мг/кг в день
г) прием витамина D
д) протезирование зубов
5. Шкалой, рекомендованной для оценки нутритивного статуса пациентов пожилого и старческого возраста, при проведении комплексной гериатрической оценки является:
а) Краткая шкала оценки питания (Mini Nutritional assessment, MNA)
б) Скрининговый инструмент оценки нутритивного риска (Nutritional Risk Screening 2002, NRS 2002)
в) Универсальный инструмент скрининга мальнутриции (Malnutrition Universal Screening Tool, MUST)
г) Формасубъективной глобальной оценки (Subjective Global Assessment Form, SGA)
6. Саркопения – это:
а) возрастассоциированное прогрессирующее снижение массы тела
б) дегенеративно-атрофическое изменение мышечной ткани, обусловленное возрастом
в) возраст-ассоциированное изменение состава жировой ткани
г) злокачественная опухоль
7. Для синдрома мальнутриции характерны:
а) низкие значения индекса массы тела
б) высокие значения индекса массы тела
в) повышение индекса массы тела
г) нормальные значения индекса массы тела.
8. Пероральное энтеральное питание (сипинг) рекомендуется назначать на срок не менее:
а) 1 недели
б) 2 недель
в) 1 месяц
г) 3 месяца
9. Повышенный риск развития синдрома мальнутриции имеют госпитализированные пациенты с синдромом старческой астении и: ____
а) когнитивными нарушениями
б) ишемической болезнью сердца
в) сахарным диабетом
г) бронхиальной астмой
10. Абсолютным показанием для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок, при анализе биохимических показателей являются :
а) Гипопротеинемия (< 40 г/л), гипоальбуминемия (< 15 г/л)
б) Гипопротеинемия (< 60 г/л), гипоальбуминемия (< 30 г/л)
в) Гипопротеинемия (< 50 г/л), гипоальбуминемия (< 20 г/л)
г) Гипопротеинемия (< 30 г/л), гипоальбуминемия (< 10 г/л)

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
а	в	а	в	б	б	а	в	а	б

Блок 2

1) *Выполнить тестовые задания:*

1. Шкалой, рекомендованной для оценки нутритивного статуса пациентов пожилого и старческого возраста, при проведении комплексной гериатрической оценки является:
 - а) Краткая шкала оценки питания (MNA)
 - б) Скрининговый инструмент оценки нутритивного риска (NRS, 2002)
 - в) Универсальный инструмент скрининга мальнутриции(MUST)
 - г) Формасубъективнойглобальнойоценки (Subjective Global Assessment Form, SGA)
2. Недостаточность питания (мальнутриция) при проведении краткой шкалы оценки питания (MiniNutritionalassessment, MNA) диагностируется у пациентов пожилого и старческого возраста в случае, если сумма баллов составляет
 - а) >23,5
 - б) 17-23,5
 - в) <17
 - г) 12-17
3. Повышенный риск развития синдрома мальнутриции имеют госпитализированные пациенты с:
 - а) синдромом старческой астении и когнитивными нарушениями
 - б) ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензий
 - в) сахарным диабетом и ожирением
 - г) бронхиальной астмой и гастроэзофагеальным рефлюксом
4. Избыточная масса тела у лиц пожилого и старческого возраста ассоциирована с
 - а) меньшей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости
 - б) большей минеральной плотностью кости, большим риском остеопороза и перелома бедренной кости
 - в) большей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости
 - г) меньшей минеральной плотностью кости, меньшим риском остеопороза и перелома бедренной кости
5. При расчете энергетической ценности рациона пациентов пожилого истарческого возраста с мальнутрицией рекомендовано учитывать ориентировочный уровень _____ккал/кг в сутки:
 - а) 40
 - б) 30
 - в) 10
 - г) 15
6. Абсолютным показанием для назначения активной нутриционной поддержки в виде жидких пероральных пищевых добавок, при анализе биохимических показателей являются
 - а) Гипопротеинемия (< 40 г/л), гипоальбуминемия (< 15 г/л)
 - б) Гипопротеинемия (< 60 г/л), гипоальбуминемия (< 30 г/л)
 - в) Гипопротеинемия (< 50 г/л), гипоальбуминемия (< 20 г/л)
 - г) Гипопротеинемия (< 30 г/л), гипоальбуминемия (< 10 г/л)
7. Низкая мышечная сила у женщин диагностируется при помощи кистевой динамометрии, если значение менее __кг
 - а) 16
 - б) 17
 - в) 18
 - г) 20
8. Во время госпитализации возможно улучшить статус питания пациента путем
 - а) Принудительного кормления с ложки или установки назогастрального зонда
 - б) Агрессивного (настойчивого) поведения медицинского персонала во время кормления
 - в) пациента (заставлять)
 - г) Мобилизации во время кормления и предоставление помощи при кормлении
 - д) Полного постельного режима и использования парентерального (внутривенного) питания
9. У пожилых пациентов с синдромом старческой астении и мальнутрицией предпочтительно использование

- а) Питания через стому
 - б) Парентерального питания
 - в) Зондового питания
 - г) Сипингового питания
10. В питании пациента с синдромом старческой астении нужно учитывать:
- а) достаточное поступление белка с пищей
 - б) преобладание в рационе растительных продуктов
 - в) низкую долю мясных продуктов
 - г) консистенцию и температуру потребляемой пищи

Ответы:

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	а	5	б	9	г
2	в	6	б	10	а
3	а	7	а		
4	в	8	г		

4) Подготовить обзор научной литературы по теме:

- а) Особенности ведения пожилых пациентов с саркопенией и патологией дыхательной системы (ХОБЛ);
- б) Особенности ведения пожилых пациентов с сахарным диабетом и саркопенией;
- в) Особенности ведения пожилых пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы и мальнутрицией;
- г) Особенности ведения пожилых пациентов с патологией почек и мальнутрицией;
- д) Особенности ведения пожилых пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы и саркопенией;
- е) Особенности ведения пожилых пациентов с ЗНО и мальнутрицией.

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2018. — 608 с.

Дополнительная:

1. Гериатрия //Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Под редакцией О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 1040с/992 с. \
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. , 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.
3. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации. /Под редакцией О.Н. Ткачевой. - М.:Прометей, 2019, - 66с.
4. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методическое руководство.Минздрав России. - 2018, – 88с. – <https://cr.minzdrav.gov.ru>

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>

4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 3. Основные гериатрические синдромы

Тема 3.3: Полипрагмазия в пожилом возрасте.

Цель: формирование способности и готовности врачей к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в аспекте выявления и предупреждения полипрагмазии.

Задачи:

- изучить особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов и риски нежелательных побочных реакций в пожилом и старческом возрасте
- рассмотреть понятие полипрагмазии, инструменты ее выявления и предупреждения нежелательных побочных реакций в пожилом и старческом возрасте;
- рассмотреть принципы и правила назначения лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте;
- сформировать навыки подбора дозы лекарственных средств с учетом оценки функции печени и почек пациента и его гериатрического статуса
- отработать навыки эффективного общения с пациентами пожилого и старческого возраста, их родственниками и опекунами.

Обучающийся должен знать: сущность понятий «нежелательная побочная/лекарственная реакция» (НПР) и «полипрагмазия»; типы НПР; факторы, осложняющие лечение пожилых пациентов; особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте; основы фармакотерапии в гериатрической практике; инструменты, облегчающие выбор и применение лекарственных средств.

Обучающийся должен уметь: выявлять полипрагмазию и оценивать риск нежелательных лекарственных реакций у пациентов пожилого и старческого возраста с учетом возрастных изменений органов и систем; применить инструменты, облегчающие выбор и применение лекарственных средств.

Обучающийся должен владеть: методикой выявления полипрагмазии, способами оценки риска нежелательных лекарственных реакций у пациентов пожилого и старческого возраста; методологией выбора и применения лекарственных средств у пациентов пожилого и старческого возраста; навыками эффективного общения с пожилыми и их опекунами и родственниками.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (перечень вопросов для собеседования).

- 1) сущность понятия «полипрагмазия»;
- 2) факторы, осложняющие лечение пожилых пациентов;
- 3) особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте;
- 4) нежелательные реакции лекарственных средств (НПР): примеры, причины, типы, механизмы и факторы риска развития в пожилом и старческом возрасте;
- 5) основные принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста;
- 6) инструменты, облегчающие выбор и применение лекарственных средств.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков).

- 1) Отработка навыка оценки риска нежелательных лекарственных реакций: на основании предложенной ниже шкалы оценить риск у пациента в возрасте 65+ с высоковероятной старческой астенией и без риска старческой астении.

Таблица. Шкала оценки риска нежелательных побочных реакций у пациентов старше 65 лет GERONTO-NET*

N	Характеристика	Баллы
1.	4 и более заболеваний /состояний/синдромов	+1 балл
2.	ХСН	+1 балл
3.	Заболевания печени	+1 балл
4.	Назначено менее 5 лекарственных средств	0 баллов
5.	Назначено 5-7 лекарственных средств	+1 балл
6.	Назначено более 8 лекарственных средств	+4 балла
7.	Нежелательная побочная реакция в анамнезе	+ 2 балла
8.	Почечная дисфункция	+ 1 балл

*Примечания: Пояснения к шкале

- в п. 1. заболевания / состояний/синдромы - подразумевать все, что имеет шифр в МКБ, в т.ч. ХСН под шифром I50 («застойная» СН)
- в п.2 – имеется в виду клинически проявляющаяся ХСН
- в п.3 - заболевания печени учитывать в п. 1, если имеется шифр МКБ. Если только гиперферментемия более 2 Верхних Границ Норм, тогда учет в данном пункте 3.
- в п. 4 учитывать лекарства по действующему веществу, т.е. составные части в фиксированных комбинациях- каждую отдельно. Учет ЛП происходит независимо от способа введения и лекарственной формы.
- в п 8. Почечная дисфункция – имеется ввиду СКФ менее 60 по CRD-EPI.

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Определите связь симптомов с НПР. 2. Определите тип НПР. 3. Определите наиболее вероятную причину НПР. 4. Ответьте на дополнительные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1.

Пациентка 67 лет (вес 80 кг, рост 160 см). В анамнезе — один пароксизм ФП (2 года назад); дважды падения (2 года назад и 3 месяца назад с переломом лучевой кости в типичном месте). Находится на стационарном лечении по поводу протезирования тазобедренного сустава в связи с коксартрозом. Для профилактики тромбозов получает дабигатрана этексилат (220 мг однократно). В качестве обезболивающих средств в послеоперационный период назначены диклофенак и метамизол натрия. Терапевтом рекомендован прием ацетилсалициловой кислоты (100 мг 1 раз в сутки) — в связи с ИБС, стенокардией II функционального класса; метопролола (12,5 мг 2 раза в сутки) — по поводу ИБС и артериальной гипертензии; гидрохлортиазида (12,5 мг 1 раз в сутки) — по поводу артериальной гипертензии; лактулозы — в связи с хроническим запором; флуоксетина — в связи с депрессивным синдромом. Остеоденситометрия подтвердила выраженный остеопороз. При проведении гастроскопии (в связи с жалобами на изжогу) обнаружены множественные кровоточащие эрозии слизистой желудка.

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

1. Спровоцировать развитие геморрагического желудочного кровотечения могло взаимодействие: 1) ацетилсалициловой кислоты 2) дабигатрана 3) диклофенака 4) лактулозы

Выберите один правильный ответ.

2. Данное взаимодействие является: а) фармакодинамическим б) фармакокинетическим на уровне всасывания в) фармакокинетическим на уровне распределения г) фармакокинетическим на уровне биотрансформации д) фармакокинетическим на уровне выведения

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы

1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

3. Назначение НПВП (диклофенака и метамизола натрия) снижает эффективность: 1)

антиагрегантов 2) антидепрессантов 3) антикоагулянтов 4) антигипертензивных средств

Выберите один правильный ответ.

4. Данное взаимодействие является: а) фармакодинамическим б) фармакокинетическим на уровне всасывания в) фармакокинетическим на уровне распределения г) фармакокинетическим на уровне биотрансформации д) фармакокинетическим на уровне выведения

5. Повышать риск кровотечений при совместном применении с антиагрегантами и/или антикоагулянтами могут: а) бета-адреноблокаторы б) тиазидные диуретики в) слабительные г) ингибиторы АПФ д) ингибиторы обратного захвата серотонина

6. Данное взаимодействие является: а) фармакодинамическим б) фармакокинетическим на уровне всасывания в) фармакокинетическим на уровне распределения г) фармакокинетическим на уровне биотрансформации д) фармакокинетическим на уровне выведения

7. Спровоцировать пароксизм ФП могло назначение: а) метопролола б) гидрохлортиазида в) флуоксетина г) дабигатрана д) лактулозы

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

8. В данном случае, с учетом возраста пациента, потенциально не рекомендованным ЛС в соответствии с критериями Бирса является: 1) метопролол 2) дабигатран 3) гидрохлортиазид 4) флуоксетин

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

9. В данном случае в соответствии со START-критериями необходимо назначить: 1) ингибиторы протонной помпы 2) препараты калия 3) препараты витамина Д и кальция 4) гепатопротекторы

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 2.

Пациент 78 лет (вес 80 кг, рост 175 см). Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения II функционального класса. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск. ФП, постоянная форма. ХСН II функционального класса по NYHA. ХОБЛ в стадии ремиссии. По данным клинического анализа крови, все показатели в пределах нормы. По данным биохимического анализа крови общий холестерин — 5,8 ммоль/л; холестерин ЛНП — 3,5 ммоль/л; креатинин — 92 мкмоль/л; остальные показатели в пределах нормы. По данным ЭХО-КГ, значимых изменений нет. Данные ЭКГ: ФП, тахисистолия, ЧСС 82 уд./мин. По назначению участкового терапевта постоянно принимает: ацетилсалициловую кислоту (100 мг 1 раз в сутки); триметазидин (20 мг 3 раза в сутки); изосорбида динитрат (20 мг 2 раза в сутки); карведилол (12,5 мг 2 раза в сутки); дигоксин (0,125 мг 2 раза в сутки); препарат омега-3 триглицериды (ЭПК/ДГК = 1,2/1– 90 %) (1 000 мг 1 раз в сутки); периодически — ацетилцистеин. В связи с остро возникшей болью в ухе обратился к ЛОР-врачу, которым поставлен диагноз «средний отит» и назначен кларитромицин 250 (2 раза в сутки на 7 дней). На 5-й день приема препарата пациент отметил появление тошноты, несколько раз была рвота. По совету родственников стал применять метоклопрамид внутрь, без эффекта.

Ответ.

1. Наиболее вероятно, что тошнота и рвота могут быть проявлением НПР при применении: а) ацетилсалициловой кислоты б) триметазидина в) изосорбида динитрата г) карведилола д) дигоксина*

2. Данная реакция относится к НПР типа: а) A* б) B в) C г) D д) E

3. Наиболее вероятно, что данная НПР явилась результатом взаимодействия: а) изосорбида динитрата с карведилолом б) карведилола с триметазидином в) триметазидина с дигоксином г) дигоксина с кларитромицином д) кларитромицина с карведилолом

4. Данное взаимодействие является: а) фармакодинамическим б) фармакокинетическим на уровне Р-гликопротеина в) фармакокинетическим на уровне изоферментов цитохрома Р-450 г) фармакокинетическим на уровне транспортера органических анионов SLCO1B1 д) фармакокинетическим на уровне транспортера органических катионов OCT1 Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

5. В данном случае следует рассмотреть возможность отмены по причине отсутствия обоснованных показаний 1) изосорбида динитрата 2) дигоксина 3) омега-3 триглицеридов 4) триметазидина

6. Пациент применяет препараты со «слабой» доказательной базой эффективности при соответствующих заболеваниях: 1) триметазидин при ИБС, стенокардии 2) ацетилцистеин при ХОБЛ 3) омега-3 триглицериды при ИБС, стенокардии 4) ацетилсалициловую кислоту при ИБС, стенокардии Выберите один правильный ответ.

7. Препарат, который может усугубить течение ХОБЛ и который следует отменить согласно STOPP-критериям: а) ацетилсалициловая кислота б) триметазидин в) изосорбида динитрат г) карведилол д) дигоксин

8. В данном случае, с учетом возраста пациента, потенциально не рекомендованным препаратом в соответствии с критериями Бирса является: а) ацетилсалициловая кислота б) триметазидин в) изосорбида динитрат г) карведилол д) дигоксин Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

9. В данном случае в соответствии со START-критериями необходимо назначить: 1) статины 2) ингаляционные бронхолитики 3) пероральный антикоагулянт 4) теofilлин

Ситуационная задача 3:

Пациентка 69 лет (вес 83 кг, рост 165 см). Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения II функционального класса. Артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск. Бронхиальная астма (аспириновая форма), вне обострения. Глаукома. По данным клинического анализа крови, все показатели в пределах нормы. По данным биохимического анализа крови: общий холестерин — 5 ммоль/л; холестерин ЛНП — 2,5 ммоль/л; креатинин — 82 мкмоль/л; остальные показатели в пределах нормы. По данным ЭХО-КГ, значимых изменений нет. По назначению участкового терапевта постоянно принимает: дипиридамола короткого действия (75 мг 3 раза в сутки), верапамил (пролонгированную форму, 240 мг 1 раз в сутки), симvastатин (20 мг 1 раз в сутки, на ночь), фуросемид (40 мг 1 раз в сутки), дорзоламид (глазные капли), при приступах затрудненного дыхания — ингаляции «ипратропия бромид + фенотерол» через небулайзер в домашних условиях. С целью «чистки» сосудов самостоятельно длительно принимает БАД, содержащий дигидрокверцетин. При визите к офтальмологу установлено неудовлетворительное снижение внутриглазного давления и дорзоламид заменен на комбинированный препарат в виде глазных капель «дорзоламид + тимолол». Через несколько дней после начала его применения пациентка почувствовала учащение эпизодов затрудненного дыхания (временами — с дистанционными хрипами на выдохе), эпизоды «замирания» сердца и снижения ЧСС до 40 уд./мин.

Выберите один правильный ответ. 1. Наиболее вероятно, что бронхоспазм является проявлением НПР при применении: а) дорзоламида б) тимолола в) дипиридамола короткого действия г) верапамила д) симvastатина.

2. Данная реакция относится к НПР типа: а) А б) В в) С г) D д) E

3. Наиболее вероятно, что данная НПР явилась результатом взаимодействия: а) дипиридамола с верапамилем б) верапамила с симvastатином в) симvastатина с фенотеролом г) фенотерола с фуросемидом д) НПР не является результатом межлекарственного взаимодействия

4. У пациента, возможно, потенциально опасное взаимодействие высокой степени клинической значимости, которое может привести к миопатии: а) симvastатина с дипиридамолом б) симvastатина с верапамилем в) симvastатина с фуросемидом г) симvastатина с фенотеролом д) симvastатина с дорзоламидом

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3 в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

5. У пациента, возможно, потенциально опасное взаимодействие средней степени клинической значимости, которое может привести к гипокалиемии: 1) фуросемида с дипиридамолом короткого действия 2) фуросемида с фенотеролом 3) фуросемида с верапамилем 4) фуросемида с дорзоламидом

6. Пациент применяет препараты с отсутствием доказательной базы эффективности при соответствующих заболеваниях: 1) верапамил при артериальной гипертензии, ИБС, стенокардии 2)

дипиридамола короткого действия при ИБС, стенокардии 3) тимолол при глаукоме 4) дигидрокверцетин при ИБС, стенокардии

Выберите один правильный ответ.

7. Какой препарат противопоказан при бронхиальной астме?

- а) дорзоламид б) тимолол в) верапамил г) фуросемид д) фенотерол

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3

- в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

8. В данном случае, с учетом возраста пациента, потенциально не рекомендованным ЛС в соответствии с критериями Бирса является: 1) верапамил при ХСН 2) фенотерол при бронхиальной астме

- 3) дипиридамола короткого действия независимо от показаний 4) ипратропиума бромид при бронхиальной астме

9. В данном случае, с учетом возраста пациента, потенциально не рекомендованным ЛС в соответствии со STOPP-критериями является: 1) дорзоламид при глаукоме 2) ипратропиума бромид при бронхиальной астме 3) фенотерол при бронхиальной астме 4) фуросемид при глаукоме

Выберите один правильный ответ.

10. Может ухудшить течение глаукомы: а) верапамил б) фуросемид в) дипиридамола короткого действия г) ипратропиума бромид д) фенотерол

Выберите правильные ответы согласно одной из схем: а) верны ответы 1, 2, 3 б) верны ответы 1 и 3

1. в) верны ответы 2 и 4 г) верен ответ 4 д) верны ответы 1, 2, 3, 4

11. В данном случае в качестве антиагреганта целесообразно назначить: 1) ацетилсалициловую кислоту 2) тикагрелор 3) дипиридамола пролонгированного действия 4) клопидогрел

Ситуационная задача 4. Мужчина 76 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст. Вредные привычки: 36 курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, несколько бледные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 уд. в мин., АД – 110/60 19 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. Пациент последние 2 месяца за медицинской помощью не обращался, продолжал принимать рекомендованную при выписке терапию: аспирин 75 мг 1 раз/сут, тиклопидин 90 мг 2 раза/сут, бисопролол 10 мг/сут, периндоприл 10 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут. Кроме того, по совету соседа для «очистки печени» он купил и принимает БАД (биологически активную добавку) неизвестного состава и нимесулид по потребности - до 400 мг/сут – для профилактики боли (у пациента двусторонний гонартроз).

Вопросы: 1. Как правильно скорректировать фармакотерапию? 2. Разработайте понятную пациенту и его родственникам схему приема каждого рекомендуемого Вами препарата.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	Опишите клиническую ситуацию из практики сформулируйте РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Определите гериатрические синдромы.
Э	-	
В	3	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
О	-	
В	4	Профилактика и динамическое наблюдение пациента
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Отличия НПР от побочных эффектов при применении ЛС;
2. Последствия серьезных НПР;
3. НПР наиболее часто приводящие к смертельному исходу;
4. Факторы риска полипрагмазии пожилых пациентов;
5. Особенности функции почек в пожилом и старческом возрасте и влияние на процессы фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств;
6. Особенности функции печени в пожилом и старческом возрасте и влияние на процессы фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств;
7. Наиболее частые нежелательные реакции лекарственных средств в пожилом и старческом возрасте; инструменты, облегчающие выбор и применение лекарственных средств.
8. Принципы выявления полипрагмазии и инструменты, облегчающие выбор и применение лекарственных средств в практике семейного врача;
9. Основные принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста;

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

Блок 1

1. Рекомендации, которые должны быть даны всем лицам старше 60 лет, включают:
 - а) правила приема лекарств
 - б) физическая активность и питание
 - в) безопасный быт
 - г) когнитивный тренинг
2. Нежелательными явлениями, которые ассоциированы с применением менопаузальной гормональной терапии у пациентов с остеопорозом, являются_____
 - а) повышение риска инсульта
 - б) повышение риска развития инвазивного рака молочной железы
 - в) повышение риска развития рака кожи

- г) повышение риска тромбозмболии легочных артерий
3. К медицинским факторам риска падения у пациентов с остеопорозом относится: _____
- а) артериальная гипертензия
б) дефицит витамина D
в) ортостатическая гипотензия
г) прием анитиконвульсантов
д) старческий возраст
4. Наиболее эффективной методикой в комплексной терапии боли является
- а) акваэробика
б) бег
в) гимнастика Тай Чи
г) ходьба.
5. Неэффективность лечения хронического болевого синдрома может быть связана с
- а) возрастом 75 лет и более
б) одиночеством
в) путешествиями
г) социальной изоляцией
6. Одна из главных задач геронтологии заключается в:
- а) лечении болезней старости
б) увеличении продолжительности жизни
в) улучшении качества жизни
г) психологической адаптации пожилых людей
7. При комбинации антиконвульсантов и антидепрессантов повышается риск развития
- а) инсомнии
б) мальнутриции
в) падений
г) старческой астении
8. При назначении НПВП необходимо мониторировать: _____
- а) АД
б) ЧДД
в) ЧСС
г) уровень сознания.
9. При назначении НПВП рекомендовано назначать: _____
- а) блокаторы H₂-рецепторов
б) витамин Д
в) ингибиторы протонной помпы
г) спазмолитики.
10. При назначении анальгетиков у пожилых пациентов с хроническим болевым синдромом необходимо воспользоваться
- а) STOPP/START-критериями
б) ВАШ
в) индексом Леккена
г) шкалой SCORE.

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
а, б, в, г	а, б, г	б, в, г, д	в	б, г	в	в	а	в	а

Блок 2

Ответить на вопросы тестовых заданий

1. Сбор и анализ лекарственного анамнеза у пациентов 60 лет и старше проводится с целью:
- а) выявления полипрагмазии и нерационального назначения лекарственных средств
б) выявления возникших когда-либо нежелательных лекарственных реакций
в) определения дальнейшей тактики ведения пациента
г) оценки контроля сопутствующей патологии

2. Снизить риск падений можно посредством
 - а) снижения дозировки антигипертензивных препаратов;
 - б) ограничением двигательной активности;
 - в) запретом прогулок;
 - г) ограничением поваренной соли в рационе.
3. Какой препарат можно отменить у пациента 85 лет со старческой астенией, артериальной гипертензией (АД 160/80 мм рт.ст.), гиперхолестеринемией (общий холестерин 6,1 ммоль/л) и хроническим болевым синдромом в отсутствие других заболеваний:
 - а) амлодипин;
 - б) напроксен;
 - в) аторвастатин
 - г) колекальциферол;
 - д) индапамид.
4. Основная цель современной гериатрии:
 - а) поддержание функционального статуса пожилого человека
 - б) воздействие на этиологию и патогенез заболевания,
 - в) повышение значимости фармакологических методов воздействия
 - г) проведение медико-социальной экспертизы
5. Риск нежелательных лекарственных реакций у лиц пожилого и старческого возраста:
 - а) низкий
 - б) такой же как у людей другого возраста
 - в) не имеет значения для данной возрастной категории
 - г) значительно повышен
6. Перед началом фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста рекомендуется провести оценку:
 - а) функции почек
 - б) липидного профиля
 - в) свертывающей системы крови
 - г) функции нервной системы
7. Доза ривароксабана у пациента в возрасте 82 лет с неклапанной фибрилляцией предсердий и клиренсом креатинина 79 мл/мин составляет:
 - а) 20 мг 1 раз в день;
 - б) 15 мг 1 раз в день
 - в) 10 мг 1 раз в день
 - г) 2,5 мг 2 раза в день
8. Доза апиксабана у пациента в возрасте 86 лет с неклапанной фибрилляцией предсердий, массой тела 69 кг и уровнем креатинина сыворотки 94 мкмоль/л составляет:
 - а) 2,5 мг 2 раза в день
 - б) 5 мг 1 раз в день
 - в) 5 мг 2 раза в день
 - г) 2,5 мг 1 раз в день
9. Одним из типичных «фармакологических каскадов» назначения лекарственных препаратов у пожилых пациентов является:
 - а) Ципрофлоксацин → делирий → рисперидон
 - б) Бета-адреноблокаторы → запоры → слабительные
 - в) Фуросемид → тремор → препараты лития
 - г) Метоклопрамид → когнитивный дефицит → донепезил
10. При проведении диспансеризации граждан 65 лет и старше согласно действующему порядку рекомендовано проводить опрос пациентов по шкале:
 - а) «Возраст не помеха»;
 - б) «Возраст не приговор»;
 - в) «Возраст жизни не помеха»;
 - г) «Возраст не потеха».
11. К рискам жестокого обращения с пожилыми людьми относится:
 - а) пьянство ухаживающего лица

- б) финансовое благополучие ухаживающего лица
- в) молодой возраст ухаживающего лица
- г) отсутствие родственников у пожилого человека

Ответы:

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	а,б,в	5	г	9	б
2	а	6	а	10	а
3	в	7	а	11	а
4	а	8	а		

4) Подготовить обзор научной литературы по теме

- а) Опыт депрескрайбинга у пожилых мультиморбидных пациентов.
- б) Характеристика нежелательных побочных реакций, часто встречающихся в практике ведения коморбидных пациентов пожилого возраста
- в) Особенности ведения пожилых пациентов с сахарным диабетом и коморбидностью при наличии старческой астении;
- г) Особенности ведения коморбидных пожилых пациентов с патологией почек;
- д) Особенности ведения мультиморбидных пациентов с патологией дыхательной системы (ХОБЛ, бронхиальная астма);
- е) Особенности ведения пожилых пациентов с патологией печени;
- ж) Особенности ведения пожилых пациентов с фибрилляцией предсердий и другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, требующих назначения антикоагулянтов.

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2018. — 608 с.

Дополнительная:

1. Гериатрия //Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Под редакцией О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 1040с/992 с. \
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. , 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.
3. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации. /Под редакцией О.Н. Ткачевой. - М.:Прометей, 2019, - 66с.
4. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методическое руководство.Минздрав России. - 2018, – 88с. – <https://cr.minzdrav.gov.ru>

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>

6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 3. Основные гериатрические синдромы

Тема 3.4: Падения и переломы в пожилом и старческом возрасте.

Цель: формирование способности и готовности врачей к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста в аспекте выявления риска падений и переломов, их коррекции и профилактики.

Задачи: изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме падения и переломы в пожилом и старческом возрасте и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе;

- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, особенности кодирования заболевания/состояния, критерии и этапы диагностики и принципы ведения пациента с риском переломов и падений и остеопорозом в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с остеопорозом с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики;
- рассмотреть современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- отработать умение применять алгоритм ведения пациента с риском переломов и падений и остеопорозом в амбулаторных условиях;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения пациента с остеопорозом и осуществления профилактического консультирования в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме падения и переломы в пожилом и старческом возрасте и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, эпидемиологию, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием с учетом возрастных изменений органов и систем; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику, составлять индивидуальный план лечения, проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и диспансерного наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (*перечень вопросов для собеседования*).

- 1) определение понятия падений с позиции ВОЗ, эпидемиология и социальная и клиническая значимость;
- 2) факторы риска падений и переломов пожилым и старческом возрасте;
- 3) методы оценки риска падений и переломов в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП;
- 4) принципы коррекции, лечения и реабилитации пациентов с высоким риском падений и переломов;
- 5) факторы риска, причины, особенности патогенеза и клиники и лечения остеопороза в ОВП;
- 6) организация быта для снижения риска переломов и падений в пожилом и старческом возрасте;
- 7) особенности профилактики падений и переломов в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков).*

- 1) Отработать методику оценки риска падений и навык интерпретации полученных результатов.

Таблица. Шкала Морсе для оценки риска падений

ВОПРОС	БАЛЛ
1. Падал ли в последние 3 мес.?	Нет — 0 Да — 25
2. Есть ли сопутствующее заболевание? См. медицинскую карту	Нет — 0 Да — 15
3. Самостоятельность при ходьбе: Ходит сам (даже если при помощи кого-то), или строгий постельный режим, неподвижно Костыли/ ходунки/ трость Опирается о мебель или стены для поддержки	----- 0 ----- 15 ----- 30
4. Принимает внутривенное вливание/принимает гепарин, фраксипарин	Нет — 0 Да — 20
5. Походка Нормальная (ходит свободно) Слегка несвободная (ходит с остановками, шаги короткие, иногда с задержкой) Нарушения (не может встать, ходит опираясь, смотрит вниз)	----- 0 ----- 10 ----- 20
6. Психическое состояние знает свою способность двигаться не знает или забывает, что нужна помощь при движении	----- 0 ----- 15

Интерпретация

Риск падений	Баллы
Нет риска падений	0–24
Низкий	25–50
Высокий	≥ 51

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите гериатрические синдромы.
3. Определите тактику врача участкового (ВОП/СВ).
4. Ответьте на дополнительные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1

Ответы: 1. Гипертоническая болезнь. II стадия. контролируемая, ИСАГ. Ортостатическая гипотензия, риск 3. ИЦУ АД менее 150/90. Сопутствующие: Остеопороз. Синдром старческой астении. 2. Мальнутриция. Вероятная саркопения. Риск падений и переломов. 3. Пересмотр антигипертензивной терапии, лечение остеопороза в рамках диспансерного наблюдения у участкового врача. Консультация гериатра, комплекс немедикаментозных мер (ЛФК, сипинг не менее чем на 1 мес.) 4. Составление индивидуального плана профилактики падений для пациента.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 2

Мужчина, 87 лет, обратился к гериатру с жалобами на снижение кратковременной памяти. Из анамнеза: более 30 лет назад страдает гипертонической болезнью, гипотензивная терапия: эналаприл 10 мг 2 раза в день, конкор 5 мг утром. АД при самоконтроле чаще 110- 115/55 мм РТ. ст. За последний год падал 3 раза — дома, в ванной комнате. Переломов не было. Более 10 лет назад поставлен диагноз - аденома предстательной железы, принимает омник 1 капсулу в день. Затруднений при мочеиспускании нет. По образованию инженер. На пенсии. Инвалидности нет. Проживает с женой. Есть дети, внуки. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ — 21 кг/м. Грудной кифоз. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 48 в мин., АД —120/60 в горизонтальном положении, 98/55 в вертикальном положении на 1-й минуте. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Результаты комплексной гериатрической оценки: индекс Бартел 100/100 баллов. IADL 27/27. Тест «Встань и иди» 17 баллов. Динамометрия - правая рука 32 кг, левая рука 28 кг. МоСА тест 28/30 баллов. Тест рисования часов 8/10 баллов

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план профилактики падений для пациента.

Ситуационная задача3

Женщина 78 лет, направлена на консультацию к гериатру после перенесенного падения на улице с переломом лучевой кости. Упала с высоты собственного роста -запнулась о бордюр. В анамнезе: гипертоническая болезнь, по поводу которой принимает валсартан 80 мг 1 раз в день. АД при самоконтроле чаще около 135/75 мм РТ. ст. Менопауза с 42 лет (оперативное лечение в объеме гистерэктомии по поводу миомы матки). Ранее переломов не было. Данное падение - второе по счету в течение последнего года. Первый раз упала дома - поскользнулась в ванной, ушиб мягких тканей головы. Проживает с дочкой и внучкой. Вдова. По образованию - педагог. Не работает с 65 лет. При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 155 см, рост в возрасте 25 лет - 160 см), вес 53 кг. ИМТ — 22,1 кг/м² . Грудной кифоз. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 68 в мин., АД сидя —125/68 мм рт.ст., в горизонтальном положении - 122/65 мм рт.ст., в вертикальном положении на 1-й минуте 115/65 мм РТ. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Результаты комплексной гериатрической оценки: индекс Бартел 100/100 баллов. Инструментальная активность в повседневной жизни 25/27 баллов — пациентка не ездит на далекие расстояния одна и не совершает сама финансовые операции в связи со снижением зрения. Тест «Встань и иди» - 13 секунд. Тест рисования часов 10/10 баллов. MMSE 30/30 баллов. MNA 27/30 баллов. Динамометрия - правая рука 18 кг, левая рука 16 кг Полгода назад пациентка была осмотрена офтальмологом. Диагноз: зрелая катаракта OU. Пациентке рекомендовано оперативное лечение катаракты, однако до настоящего времени пациентка не была прооперирована. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план профилактики падений для пациента.

Ситуационная задача 4

Женщина, 72 года, обратилась к врачу с жалобами на падения дома, шаткость походки, слабость, утомляемость, одышку при физической нагрузке, снижение памяти, плаксивость, отеки под глазами, отеки стоп и пальцев кистей, повышение массы тела, выпадение волос, боли в крупных суставах, онемение кистей рук. Из анамнеза: вышеуказанные симптомы отмечает в течение последнего года. За год произошло 3 случая падений, один случай падения завершился переломом Коллиса. Постоянно получает лекарственную терапию по поводу артериальной гипертонии (эналаприл 20 мг, бисопролол 5 мг, торасемид 5 мг). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 30,5 кг/м². Окружность талии - 102 см, окружность бедер - 107 см. Лицо отечное, лунообразное, бледное. На волосистой части головы – участки алопеции по типу диффузной. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, обычной окраски. В легких дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 52 в мин., АД 145/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул - запоры. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре нижних

конечностей стопы прохладные на ощупь, чистые, сухие, гиперкератоз подошв. Пастозность стоп и голеней. В анализах: ОАК без патологии, креатинин 154 мкмоль/л, СКФ 29 мл/мин (по формуле CKD-EPI), глюкоза 5,7 ммоль/л, АЛТ 17, АСТ 18, билирубин 7.1 ммоль/л, калий 3,37 ммоль/л, общий холестерин - 7,4 ммоль/л, ТТГ – 27,3 мЕд/л, св Т4 – 3,5 пмоль/л. В ОАМ: белка нет, глюкоза нет, лейкоциты 4-7.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план не- и медикаментозных мероприятий.

Ситуационная задача 5

Женщина, 90 лет, выписана домой после операции эндопротезирования тазобедренного сустава по поводу низкоэнергетического перелома проксимального отдела бедренной кости. В послеоперационном периоде был эпизод дезориентации, возбуждения, потребовавший назначения нейролептика. При расспросе дочери пациентки, до перелома отмечалось прогрессирующее снижение памяти на протяжении нескольких лет, по поводу которой за мед. помощью пациентка не обращалась. За последний год падала 2 раза - дома, однократно с потерей сознания. В анамнезе - аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Анализ крови на ТТГ не сдавала несколько лет. Длительное время страдает запорами - стул 1 раз в 3-4 дня. Инфаркт миокарда, инсульт в анамнезе отрицает. При осмотре на дому: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пациентка спокойна. В месте, во времени ориентирована частично. Кожные покровы бледно-розового цвета. В области крестца зона эритемы около 3 см, которая не проходит после надавливания. Целостность кожного покрова не нарушена. Отеков нет. Язык влажный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 80 в мин., АД лежа - 98/60 мм РТ. ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул был 3 дня назад. Дизурий нет. Результаты комплексной гериатрической оценки: индекс Бартел 30/100 баллов. Тест рисования часов 3/10 баллов. Шкала САМ - результат положительный. MMSE 12/30 баллов. Динамометрия - правая рука 13 кг, левая рука 11 кг. Мобильность ограничена - пациентка присаживается в кровати с помощью, медленно передвигается с поддержкой и опорой на ходунки. Получает терапию: лозартан 50 мг, кардиомагнил 75 мг, Л-тироксин 50 мкг.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план профилактики падений для пациента.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	Опишите клиническую ситуацию из практики сформулируйте РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Определите гериатрические синдромы.
Э	-	
В	3	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
О	-	
В	4	Профилактика и динамическое наблюдение пациента
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. распространенность, особенности, социальная и клиническая значимость падений у лиц пожилого и старческого возраста;
2. основные причины падений и переломов в пожилом и старческом возрасте;
3. инструменты оценки риска падений и переломов в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП;
4. тактика ведения пациентов с высоким риском падений в общей врачебной практике;
5. перечень рекомендаций для родственников и пациента с целью организации безопасного быта в пожилом и старческом возрасте;
6. маршрутизация пациентов пожилого и старческого возраста с переломами;
7. профилактика повторных переломов..

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)*

Блок 1

1. Суточная доза элементарного кальция для пациентов старше 65 лет составляет:
 - а) 800 мг/сут
 - б) 500 мг/сут
 - в) 1200 мг/сут
 - г) 1500 мг/сут
2. Наличие низкоэнергетического перелома является основанием для:
 - а) Проведения рентгеновской денситометрии
 - б) Начала терапии остеопороза без дополнительного обследования
 - в) Увеличения потребления в пищу продуктов, богатых кальцием
 - г) Назначения препаратов кальция
3. В профилактике сенильного остеопороза наиболее рациональным является:
 - а) Диета с достаточным содержанием белка
 - б) Прием препаратов витамина Д
 - в) Прием препаратов кальция и витамина Д в сочетании с увеличением двигательной активности
 - г) Прием препаратов кальция с момента наступления менопаузы
4. Дополнительной мерой профилактики низкоэнергетических переломов при остеопорозе является:
 - а) Комплексная профилактика падений
 - б) Госпитализация в стационар терапевтического профиля
 - в) Ограничение активности пациента
 - г) Прием ацетилсалициловой кислоты
5. Коррекция какого заболевания служит профилактикой переломов при остеопорозе:
 - а) Дефицита витамина В12
 - б) Избыточной массы тела
 - в) Хронического панкреатита
 - г) Остеосаркопении
6. К профилактике остеопороза в пожилом возрасте относят:
 - а) Бег и спортивная ходьба
 - б) Умеренные силовые тренировки и упражнения на баланс
 - в) Прыжки на батуте
 - г) Катание на коньках
7. Основным инструментальным методом диагностики остеопороза является:
 - а) Двухэнергетическая рентгеновская денситометрия (DXA)
 - б) Количественная ультразвуковая денситометрия
 - в) Количественная компьютерная томография
 - г) Магнитно-резонансная томография
8. К клиническому проявлению остеопоротических переломов позвонков относится:
 - а) Потеря роста на 4 см и более за 10 лет
 - б) Потеря роста на 4 см и более за 5 лет
 - в) Потеря роста на 2 см и более за 1-3 года
 - г) Потеря роста на 2 см и более за 5 лет
9. К какому уровню достоверности доказательств относится измерение минеральной плотности кости в

поясничных позвонках, шейке бедра и в целом в бедре методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии у пациентов с остеопорозом?

- а) А
- б) В;
- в) С;
- г) D.

10. Что относится к медицинским факторам риска падения у пациентов с остеопорозом?

- а) артериальная гипертензия; дефицит витамина D
- б) ортостатическая гипотензия
- в) прием антиконвульсантов
- г) старческий возраст

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
в	б	в	а	г	б	а	в	а	а, б, в, г

Блок 2

ответить на вопросы тестовых заданий

1. Оценка риска переломов проводится по алгоритму:

- а) MoCA;
- б) Мини-Ког;
- в) FRAX;*
- г) MMSE.

2. К какому уровню достоверности доказательств относится исследование маркеров костного метаболизма у пациентов с остеопорозом?

- а) А
- б) В
- в) С
- г) D

3. К какому уровню достоверности доказательств относится оценка индивидуальной 10-летней вероятности развития переломов (FRAX) у пациентов с остеопорозом?

- а) А
- б) В
- в) С
- г) D

4. К пациентам с основными показаниями для назначения активных метаболитов витамина D при остеопорозе относят:

- а) группы пациентов с относительными или абсолютными показаниями для их назначения
- б) пациентов с гипотиреозом
- в) пациентов с компенсированным сахарным диабетом
- г) пожилых пациентов с высоким риском падений

5. К средствам малой адаптации относятся

- а) костыли
- б) кресло-каталка
- в) трость
- г) ходунки

6. Признаком, свидетельствующем о компрессионном переломе позвонка, является снижение его высоты на __% по сравнению с выше- или нижележащими

- а) 10
- б) 15
- в) 20
- г) 45

7. Наличие хронического болевого синдрома приводит к развитию

- а) нарушения сна

б) остеопороза

- в) падений
 - г) сенсорных дефицитов.
8. У пациентов пожилого возраста хронический болевой синдром связан с такими гериатрическими синдромами как
- а) делирий
 - б) недержание мочи
 - в) остеопороз
 - г) саркопения.
9. Эндопротезирование суставов противопоказано в возрасте
- а) 100 лет и старше
 - б) 80 лет и старше
 - в) 90 лет и старше
 - г) нет ограничений по возрасту.
10. Препаратами первой линии в лечении остеопороза являются
- а) деносумаб
 - б) парентеральные бисфосфонаты
 - в) пероральные бисфосфанаты
 - г) терипаратид.

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	в	5	в, г	9	г
2	б	6	в	10	в
3	а	7	а, в		
4	а, г	8	в, г		

4) Подготовить обзор научной литературы по теме

Особенности ведения мультиморбидных пациентов пожилого и старческого возраста с остеопорозом;

Профилактика повторных переломов;

Обзор применения различных форм витамина D в гериатрической практике.

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2018. — 608 с.

Дополнительная:

1. Гериатрия //Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Под редакцией О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 1040с/992 с. \
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. , 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.
3. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации. /Под редакцией О.Н. Ткачевой. - М.:Прометей, 2019, - 66с.
4. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методическое руководство. Минздрав России. - 2018, – 88с. – <https://cr.minzdrav.gov.ru>

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава

- России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
 4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
 5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
 6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 3. Основные гериатрические синдромы

Тема 3.5: Хронический болевой синдром.

Цель: формирование способности и готовности врачей к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с хроническим болевым синдромом .

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме хроническая боль у пожилых и лиц старческого возраста и задачи участковой службы (ВОП/СВ) на современном этапе;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, особенности кодирования заболевания, критерии и этапы диагностики и принципы ведения пациента с хроническим болевым синдромом в амбулаторной практике врача;
- изучить подходы к организации и проведению лечения пожилого пациента с хроническим болевым синдромом с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики;
- рассмотреть современные инструменты профилактики, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- отработать умение применять алгоритм ведения пациента хроническим болевым синдромом в амбулаторных условиях;
- сформировать навык организации и ведения пациента с учетом особенностей коммуникации с лицами пожилого и старческого возраста в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста и задачи участковой службы (ВОП/СВ) на современном этапе; этиопатогенез, эпидемиологию, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; основные стратегии управления болью и принципы лечения хронической боли у пациентов старше 60 лет; особенности коммуникации с пациентом, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику хронической боли у пациентов старше 60 лет; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием с учетом возрастных изменений органов и систем; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику, составлять индивидуальный план лечения, проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга гериатрических синдромов в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента; методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой

утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой коммуникации с пациентом(опекуном, членами семьи, близкими); методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

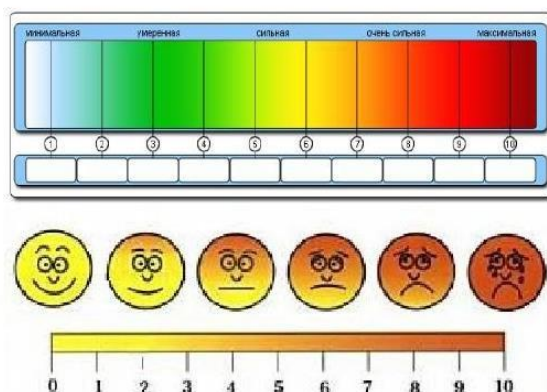
1. Ответить на вопросы по теме занятия(*перечень вопросов для собеседования*).

- 1) Определение понятия хронический болевой синдром
- 2) Наиболее частые причины хронической боли у пациентов старше 60 лет
- 3) Патогенез хронической боли и его особенности у пациентов старших возрастных групп
- 4) Особенности кодирования заболевания или состояния по МКБ
- 5) Наиболее частые локализации хронического болевого синдрома у пациентов старше 60 лет
- 6) Критерии диагностики хронической боли у пациентов старше 60 лет и скрининг хронической боли
- 7) Дифференциальная диагностики ноцицептивной и нейропатической боли пациентам с хронической болью старше 60 лет.
- 8) Лабораторно-инструментальные исследования пациентов с хроническим болевым синдромом;
- 9) Основные принципы лечения хронической боли у пациентов старше 60 лет.
- 10) Профилактика хронической боли у пациентов старше 60 лет
- 11) Организация оказания медицинской помощи при хронической боли у пациентов старше 60 лет
- 12) Показания для госпитализации в стационар пациента старше 60 лет в экстренном порядке.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков по алгоритму под контролем преподавателя).*

- 1) Отработать навык проведения оценки боли и интерпретации полученных результатов
Рисунок. ВАШ.

Визуально-аналоговая шкала боли



Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения, показания и противопоказания для проведения эндопротезирования суставов. 3. Определите индивидуальный план не- и медикаментозных мероприятий для лечения хронического болевого синдрома.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1.

Женщина, 80 лет, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в тазобедренных суставах,

больше в правом, стартовые боли, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах, слабость в ногах. Из анамнеза: в течение 11 лет СД 2 типа. В течение 15 лет артериальная гипертония. 5 лет назад впервые стали беспокоить боли в тазобедренных суставах, больше справа, боли по наружной поверхности бедра, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Принимает хондроитин сульфат, нимесулид. В сентябре 2018 года была госпитализирована в плановом порядке для решения вопроса об эндопротезировании. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ — 28,65 кг/м². Окружность талии - 95 см, окружность бедер — 105 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре отмечается ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом, скованность движений. Амплитуда сгибаний при выпрямленной ноге: правый т/б сустав - 300°, левый - 700°; угол внутренней ротации: правый - 100°, левый - 200°; угол наружной ротации: правый - 300°, левый 300°) Рентген тазобедренных суставов: суставная щель резко сужена, местами не определяется, с признаками анкилозирования. В верхнем полюсе головки на фоне разреженной костной ткани определяются участки кистовидной перестройки с переходом на вертлужную впадину. Головка деформирована, шейка бедренной кости укорочена. Заключение: рентгенологические признаки коксартроза IV стадии. Скрининг возраст - не помеха - 4 балла.

Ответы: 1. Остеоартрит т/бедерных суставов, IV стадия, ФН 3, Остеопороз, д-з поставлен на основании жалоб (стартовые боли, скованность движений, ограничение движений в тазобедренных суставах, слабость в ногах), анамнеза (наличие коморбидности, возраст, давность заболевания), клинических (ограничение активных и пассивных движений в тазобедренных суставах, больше в правом, скованность движений) и рентгенологических данных - признаки коксартроза (IV стадии) и остеопороза.

2. Остеопороз, риск переломов и падений, риск депрессии, риск саркопении. 3. Тактика ведения и лечения – оценка статуса гликемии и коморбидной патологии, проведение краткой батареи тестов – при наличии 7 баллов комплексная гериатрическая оценка, консультация ортопеда-травматолога, 3-я степень обезболивания, комбинация немедикаментозных и медикаментозных методов терапии. Противопоказания для проведения эндопротезирования суставов – наличие старческой астении, декомпенсация коморбидной патологии, отсутствие гликемического контроля, язвенный анамнез 4. Комплекс мер не- и медикаментозных мероприятий для лечения хронического болевого синдрома.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 2

Женщина, 83 года, обратилась к врачу с жалобами на выраженную боль в грудном отделе позвоночника (ВАШ 7 баллов), снижение роста на 5 см по сравнению с молодостью, общую слабость. Сухость во рту, жажда. Из анамнеза: боль в позвоночнике много лет, усилилась за последние полгода. При проведении рентгенографии выявлены компрессионные переломы 11 грудного, 1 и 3 поясничных позвонков. Денситометрия не проводилась, лечение не назначено. Жажду отмечает в течение 3-4 месяцев. Вредные привычки: курит много лет по 3-5 сигарет/день. Наследственность: у матери перелом шейки бедра в 80 лет. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 170 см (в молодости - 175 см), вес - 85 кг. ИМТ - 29,4 кг/м². Кифотическая деформация грудной клетки, «выпячивание» передней брюшной стенки. Расстояние между реберными дугами и гребнями подвздошных костей – менее 2-х пальцев. Симптом «лишней кожи» - положительный. Кожные покровы сухие, тургор снижен. Периферических отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена (0 ст. по ВОЗ), однородная, эластичная, безболезненная, легко смещаемая при глотании. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, ЧСС = пульсу = 71 уд/мин. АД (на правой руке, после 5 минут отдыха) 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пульсация артерий стоп сохранена. В анализах: глюкоза 8,0 ммоль/л (плазма, натощак), гликированный гемоглобин 8,0%, креатинин 80 мкмоль/л, СКФ 63 мл/мин (по формуле СКД-ЕПІ).

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы.

3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план немедикаментозных и медикаментозных мероприятий для профилактики повторных переломов.

Ситуационная задача 3

Пациент, 82 года, обратился на прием к гериатру с жалобами на боль в левом коленном суставе при ходьбе по ВАШ до 5 баллов, онемение стоп, частые падения, связанные с спотыканием, слабость в ногах. Около 12 лет беспокоит боль в коленных суставах. Наблюдается у терапевта по месту жительства. Принимал курсами диклофенак, эторикоксиб, получал внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты с временным положительным эффектом. 6 лет назад при падении с высоты собственного роста (споткнулся о собаку во время прогулки) перелом шейки левого тазобедренного сустава. Перелом был диагностирован своевременно, проведено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. 3 года назад в связи с выраженным болевым синдроме в правом коленном суставе, выраженными изменениями рентгенограммы, выполнено эндопротезирование правого коленного сустава с положительным эффектом в виде купирования болевого синдрома, расширения объема активных и пассивных движений в суставе. Однако последние три года появились и участились падения, связанные с спотыканием (чаще запинаясь правой ногой), появилась и постепенно усиливается боль в левом коленном суставе. Стал пользоваться при ходьбе одноопорной тростью. В анамнезе у пациента гипертоническая болезнь в течение 10 лет, переносил ОИМ 10 лет назад, выполнено ЧКВ, установлен стент в ОВ. В настоящее время типичную стенокардию не описывает. Около года отмечается ХБП С3А. Принимает: валсартан 80 мг утром, бисопролол 2,5 мг утром, аторвастатин 20 мг вечером, ацетилсалициловую кислоту 75 мг вечером, дулоксетин 30 мг утром, при болях - диклофенак 50 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31,65 кг/м². Окружность талии - 102 см, окружность бедер - 98 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 70 в мин., АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре отмечается ограничение активных и пассивных движений в коленных суставах, более выраженные слева. Левый коленный сустав увеличен в объеме, определяется баллотирование надколенника. Длина правой нижней конечности 77 см. Длина левой нижней конечности 75,5 см. Результаты КГО: шкала Бартел 95 баллов, шкала Лоутон 8 баллов, MNA 14 баллов (скрининг), боль по ВАШ на момент осмотра 2 балла, Mini-Cog 4/5баллов, шкала самооценки риска падений 8 баллов, динамометрия справа 32 кг, слева 28 кг, скорость ходьбы 0,68 м/с (4 метра прошел за 5,88 с), тандемные тесты: стопы вместе 10с, полутандемное положение не выполнил, тест с 5 подъемами со стула: не смог встать без помощи рук.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план профилактики падений для данного пациента.

Ситуационная задача 4

Женщина, 83 года, направлена участковым терапевтом на консультацию к гериатру. Жалобы на нарастающую слабость, головокружение, эпизоды падения в квартире, боли в коленных и тазобедренных суставах (интенсивность по ВАШ – 40-60 баллов). Ухудшение в течение 2 месяцев – постепенное нарастание слабости, утомляемости, одышки. За медицинской помощью не обращалась. Отмечает шаткость при ходьбе, 3 эпизода падений дома, последний - за день до обращения к врачу, последствия – гематомы, переломов не было. Хронический болевой синдром в коленных и тазобедренных суставах отмечает в течение 15 лет с частыми обострениями. 2-3 раза в неделю принимает НПВП. В анамнезе: 15 лет страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД 170/90 мм рт.ст. Регулярно принимает валсартан 80 мг, индапамид 2,5 мг. ОИМ, ОНМК, сахарный диабет отрицает. Страдает ожирением, диету не соблюдает. Более 20 лет – остеоартрит коленных и тазобедренных суставов, базисную терапию не получает. Из-за хронического болевого синдрома и страха падений ограничивает физическую активность, на улицу выходит преимущественно в теплое время года. Живет одна, вдова, 2 раза в неделю приходят дети и внуки. Инвалид 2 группы. При осмотре: состояние удовлетворительное. Избыточного питания. Рост 158 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, систолический шум во всех точках аускультации. ЧСС 82 в 1 мин, АД 145/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Коленные

суставы деформированы, объем движений снижен, безболезненные при пальпации. Гериатрический статус: опросник «Возраст не помеха» - 3 балла, индекс Бартела - 80 баллов, шкала Лоутона 6 баллов, MNA 14 баллов (скрининг), боль по ВАШ на момент осмотра 40 балла, Mini-Cog 4/5 баллов, шкала самооценки риска падений 7 баллов, динамометрия справа 12 кг, слева 12 кг, скорость ходьбы 0,62 м/с, тандемные тесты: стопы вместе 7 с, полутандемное положение не выполнил, тест с 5 подъемами со стула: 62 сек. Алгоритм FRAX – 15%. Лабораторные показатели: RBC – 4,12, Hb – 97, MCV - 76,6, MCHC - 23,9, MCHC – 303, HT - 32,6, PLT - 342, WBC – 7,1. Сывороточное железо – 4,3, ферритин – 11.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. Определите индивидуальный план профилактики падений для данного пациента.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	Опишите клиническую ситуацию из практики сформулируйте РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Определите гериатрические синдромы.
Э	-	
В	3	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
О	-	
В	4	Профилактика и динамическое наблюдение пациента
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)

- Барьеры в лечении хронической боли старше 60 лет
- Характеристика немедикаментозных методов лечения пациентов с хроническим болевым синдромом
- Характеристика медикаментозных методов лечения пациентов с хроническим болевым синдромом
- Реабилитация пациентов с хроническим болевым синдромом
- Алгоритм оценки риска падений у пациентов старше 60 лет с хронической болью

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

Блок 1

- Боль определяется как хроническая при ее длительности
 - 1 месяц и более
 - 2 месяца и более
 - 2 недели и более
 - 3 месяца и более
- Назначение НПВП не рекомендовано пациентам с хронической болью и
 - депрессией
 - дисфагией

- в) остеопорозом
г) старческой астенией
3. Внутрисуставное введение ГКС показано при
а) интенсивном болевом синдроме
б) любом артрите
в) нейропатической боли
г) синовите
4. Суточная доза парацетамола (г), которая рекомендована для лечения хронического болевого синдрома составляет ____
а) 0
б) 5
в) 1
г) 2
д) 3
5. Если пациент при оценки болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале отмечает 6 баллов, то интенсивность боли трактуется как
а) Низкая
б) очень сильная
в) сильная
г) умеренная
6. Если пациент с деменцией по шкале PAINAD набирает 5 баллов, то интенсивность боли оценивается по категории ____
а) низкая
б) очень сильная
в) сильная
г) умеренная.
7. Интенсивность болевого синдрома определяет:
а) группу инвалидности
б) необходимость госпитализации
в) объем медикаментозных вмешательств
г) потребность в посторонней помощи
8. К барьерам в ведении пациентов с хроническим болевым синдромом пожилого возраста относятся
а) когнитивные нарушения
б) низкий комплаенс
в) полипрагмазия
г) хронический стресс.
9. К наиболее частым заболеваниям, являющимися причиной хронической боли, относятся
а) артериальная гипертензия
б) депрессия
в) остеоартрит
г) пневмония.
10. К немедикаментозным методам лечения хронического болевого синдрома относятся
а) бальнеотерапия
б) гирудотерапия
в) применение биологически активных добавок
г) тейпирование

Ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
г	г	г	г	г	г	в, г	а, в	б, в	а, г

Блок 2

Ответить на тестовые задания

1. К лекарственным препаратам основной группы обезболивающей терапии напервой ступени относятся:

- а) препараты кодеина
 - б) ненаркотические анальгетики
 - в) препараты морфина
 - г) антидепрессанты
 - д) миорелаксанты
2. К препаратам основной группы на второй ступени обезболивающей терапии у incurable больных относятся:
- а) антидепрессанты
 - б) миорелаксанты
 - в) препараты морфина
 - г) препараты кодеина
 - д) ненаркотические анальгетики
3. К препаратам основной группы на третьей ступени обезболивания при паллиативной терапии относятся:
- а) миорелаксанты
 - б) антидепрессанты
 - в) препараты морфина
 - г) препараты кодеина
 - д) ненаркотические анальгетики.
4. Препаратом выбора при нейропатической боли является:
- а) морфин
 - б) трамадол
 - в) парацетамол
 - г) прегабалин
 - д) фентанил.
5. Постоянный характер боли при остеоартрите обычно обусловлен:
- а) Реактивным синовитом
 - б) Трением суставных поверхностей, фрагментами хряща
 - в) Венозным стазом в субхондральной кости
 - г) Повышением внутрикостного давления
6. Шкала-опросник WOMAC представляет собой оценку:
- а) Психологического состояния пациента с остеоартрозом
 - б) Болевого синдрома в суставах
 - в) Физического состояния пациента с остеоартрозом
 - г) Симптомов остеоартроза
7. Пациенту 68 лет с анамнезом кризового течения артериальной гипертензии для лечения остеоартрита противопоказаны:
- а) Глюкокортикоиды внутрисуставно
 - б) Нестероидные противовоспалительные препараты
 - в) Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно
 - г) Медленно действующие препараты, модифицирующие симптомы болезни
8. Пациенту 71 года с диагнозом «фибриляция предсердий, постоянная форма. ОМНК (2016 г.)», получающего антикоагулянты, для лечения остеоартрита тазобедренных суставов показаны:
- а) Медленно действующие препараты, модифицирующие симптомы болезни
 - б) Нестероидные противовоспалительные препараты
 - в) Глюкокортикоиды внутрисуставно
 - г) Пероральные глюкокортикоиды
9. Пациенту 74 лет с диагнозом «коксартроз» и выраженным болевым синдромом, с сопутствующим заболеванием «ИБС стенокардия напряжения III ФК. ХСН 2а», с целью обезболивания и базисного лечения остеоартрита показано назначение:
- а) Глюкокортикоиды перорально
 - б) Нестероидных противовоспалительных препаратов
 - в) Внутрисуставное введение глюкокортикоидов
 - г) Дипирона
10. Целью специализированного гериатрического осмотра служит:
- а) выявление конкретного заболевания

- б) продление жизни людей
- в) выявление состояний, приводящих к снижению качества жизни
- г) определение показаний к госпитализации.

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	б	5	б	9	г
2	г	6	б	10	в
3	в	7	б		
4	г	8	а		

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2018. — 608 с.

Дополнительная:

1. Гериатрия //Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Под редакцией О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 1040с/992 с. \
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. , 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.
3. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации. /Под редакцией О.Н. Ткачевой. - М.:Прометей, 2019, - 66с.
4. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методическое руководство.Минздрав России. - 2018, – 88с. – <https://cr.minzdrav.gov.ru>

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 3. Основные гериатрические синдромы

Тема 3.6: Деменция и делирий у лиц пожилого и старческого возраста.

Цель: формирование способности и готовности врачей к оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с деменцией и делирием, их профилактике в условиях общей врачебной практики.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций,

регулирующих оказание помощи пациентам по теме деменция и делирий в пожилом и старческом возрасте и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе;

- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинические проявления, классификацию, особенности кодирования заболевания, критерии и этапы диагностики, дифференциальный диагноз, принципы ведения и профилактики деменции и делириозных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации оказания медицинской помощи пациентам с деменцией и делириозными состояниями в пожилом и старческом возрасте с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций в условиях общей врачебной практики;
- рассмотреть современные инструменты профилактики деменции и делирия в пожилом и старческом возрасте, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- отработать умение применять алгоритм выявления и ведения пациента с деменцией и делириозными состояниями и высоким риском их развития в амбулаторных условиях;
- сформировать навыки организации и ведения пациента с деменцией в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме падения и переломы в пожилом и старческом возрасте и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, эпидемиологию, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием с учетом возрастных изменений органов и систем; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику, составлять план лечения, проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и диспансерного наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (перечень вопросов для собеседования).

- 1) классификация когнитивных нарушений, социальная и клиническая значимость;
- 2) характеристики основных этапов когнитивного дефицита;
- 3) сущность понятия деменция, этиология, эпидемиология; факторы риска деменции в пожилом и старческом возрасте;
- 4) определение понятия и критерии делирия;
- 5) скрининг, диагностика и дифференциальная диагностика деменции, маршрут пациента в условиях ОВП;
- 6) принципы коррекции, лечения и реабилитации пациентов в практике семейного врача;
- 7) особенности профилактики когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков)

1) Отработать методику проведения и интерпретацию результатов теста Мини-Ког

Таблица. Тест Мини-Ког (Mini-Cog)

Шаг	Действия	Баллы
1	Скажите пациенту: «Слушайте меня внимательно. Сейчас я назову 3 слова, а Вам нужно будет повторить их за мной и запомнить». Позже я у Вас их спрошу. Четко произнесите 3 слова: ключ, лимон, флаг. Если пациент не повторил всех 3-х слов, повторите слова еще раз. Если пациент не может повторить всех 3-х слов после 3-х попыток, перейдите к Шагу 2.	Не начисляются
2	Скажите пациенту: «Далее я хочу, чтобы вы нарисовали круглые часы. Расставьте все цифры, которые должны быть на циферблате». После завершения попросите пациента настроить часы так, чтобы они показывали время 11 часов 10 минут.	Правильно нарисованные часы — 2 балла (правильно нарисованные часы содержат все необходимые цифры в правильной последовательности без дублирования. Цифры 12, 3, 6, 9 расположены в соответствующих местах. Стрелки указывают на цифры 11 и 2 (11:10). Длина стрелок не учитывается. Неспособность правильно нарисовать часы или отказ = 0 баллов
3	Попросите пациента вспомнить 3 слова из Шага 1.	За каждое воспроизведенное слово в Шаге 3 пациент получает по 1 баллу. Если не вспомнил ни одного слова — 0 баллов

Интерпретация результатов:

Если пациент набрал < 3 баллов — вероятность деменции высокая.

При необходимости увеличения чувствительности теста отрезная точка может быть повышена до < 4 баллов.

2) Отработать навык проведения скрининга депрессии у лиц пожилого и старческого возраста и оценки полученных результатов.

Таблица. Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

1	В целом удовлетворены ли Вы своей жизнью?		НЕТ
2	Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?	ДА	
3	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	ДА	
4	Вам часто становится скучно?	ДА	
5	У вас хорошее настроение большую часть времени?		НЕТ
6	Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?	ДА	
7	Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?		НЕТ
8	Вы чувствуете себя беспомощным?	ДА	
9	Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?	ДА	
10	Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?	ДА	
11	Считаете ли Вы, что жить – это прекрасно?		НЕТ
12	Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?	ДА	
13	Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой?		НЕТ
14	Ощущаете ли вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?	ДА	
15	Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?	ДА	
	Общий балл:		

1 балл зачисляется за ответ «нет» на вопросы **1, 5, 7, 11, 13** и за ответ «да» на вопросы **2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15**

0–4 балла — нет депрессии

Интерпретация результатов: ≥ 5 баллов – вероятная депрессия

- 3) Отработать навык проведения скрининга делирия у лиц пожилого и старческого возраста и оценки полученных результатов.

Таблица. Шкала оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM) .

1 этап	Острота и волнообразность изменений психического статуса: Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если на оба вопроса ответ «нет» → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если на один из вопросов ответ «Да» → 2 этап
2 этап	Нарушение внимания: «Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А» Прочитайте следующую последовательность букв «Л А М П А А Л А Д Д И Н А» ОШИБКИ: Не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	Если 0–2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ Если ≥ 2 ошибки → 3 этап
3 этап	Изменения уровня сознания: Уровень сознания на текущий момент (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS - см. ниже)	Если RASS отличен от 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если RASS = 0 → 4 этап
4 этап	Дезорганизованное мышление: 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: «Покажите столько же пальцев» (покажите 2 пальца) «Теперь сделайте тоже другой рукой» (не демонстрируйте) ИЛИ «Добавьте еще один палец» (если пациент не может двигать обеими руками)	Если ≥ 2 ошибка → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ Если 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
	Заключение: ДЕЛИРИЙ/делирия нет	

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите гериатрические синдромы.
3. Определите тактику врача участкового (ВОП/СВ).
4. Ответьте на дополнительные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача № 1

Пациентка М., 65 лет на протяжении 10 лет страдает гипертонической болезнью, длительное время принимала бета-блокаторы (пропранолол). Около года назад на высоте подъема АД (до 200/120 мм.рт.ст.) появилось головокружение, головная боль, чувство онемения в левой руке и ноге, падала в обморок; после применения антигипертензивных средств состояние нормализовалось, однако больная стала жаловаться на бестолковость, немотивированное снижение настроения, слезливость. Около двух месяцев назад состояние повторилось. После него стало трудно сосредотачиваться, забывала закрывать дверь в квартире, заметила, что с трудом вспоминает предыдущие серии любимых телесериалов, быстро утомлялась, была слезливой, отмечались приступы немотивированной раздражительности. При неврологическом осмотре имело место повышение сухожильных рефлексов справа. После третьего обморочного состояния (около недели назад) в течение нескольких дней не могла говорить, с трудом подбирала слова. В вечернее время уверяла, что ее навещает умерший муж. На ЭЭГ - диффузные изменения, на КТ - очаги постинфарктных изменений справа и слева в корковых заднелобных зонах. При неврологическом осмотре - сглаженность справа и легкая девиация языка влево.

Эталон ответа:

1. ГБ 3 стадии, неконтролируемая, риск 4. Последствия ОНМК, ДЭП 3, Мультиинфарктная сосудистая деменция.
2. Деменция, риск падений и переломов
3. Лечение основного сосудистого расстройства с применением антикоагулянтов, сосудорасширяющих средств, ангиопротекторов, а также борьба с когнитивным дефицитом с помощью интенсивного облучения, применения витаминов и ноотропов; в случае развития психоза - малые дозы транквилизаторов и нейролептиков. Психологическая поддержка больного и его родственников, разъяснение родственникам больного особенностей течения заболевания; по возможности избегание оставления больного без присмотра, обеспечение безопасности больного, для чего необходимо убрать из пределов его досягаемости лекарства и ядовитые вещества, спички, колюще-режущий инвентарь и т.д.
4. Консультация гериатра или психиатра. Тест рисования часов 7/10 баллов (цифры нарисованы за пределами циферблата, вместо цифр 1 указаны цифры 13, 14, 15, 16, 17). МоСА тест 24/30 баллов (из 5 слов самостоятельно вспомнила 2). Тест на называние животных - 13 слов, слов на букву «с» - 12 слов.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 1

Женщина, 66 лет, направлена терапевтом на консультацию к гериатру в связи с жалобами на снижение кратковременной памяти. Стала забывать ключи во входной двери, кастрюлю с готовящейся пищей на плите. Снижение памяти в течение 1,5 лет. В анамнезе: повышение АД отрицает. ОИМ, ОНМК отрицает. Падений, переломов не было. Проживает одна. Замужем не была, детей нет. Поддерживает связь с племянниками. На пенсии. Образование высшее, работала инженером. Наследственный анамнез: у матери деменция в возрасте 70 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимает. 1 раз в несколько месяцев - седалгин в связи с головной болью. Результаты КГО: индекс Бартел 100/100 баллов. Инструментальная активность в повседневной жизни 27/27 баллов. Тест рисования часов 7/10 баллов (цифры нарисованы за пределами циферблата, вместо цифр 1 указаны цифры 13, 14, 15, 16, 17). МоСА тест 24/30 баллов (из 5 слов самостоятельно вспомнила 2). Тест на называние животных - 13 слов, слов на букву «с» - 12 слов. Тест 12 слов - непосредственное воспроизведение 6+3 (9 слов), отсроченное воспроизведение 3+5 (8 слов). Тест «Встань и иди» - 9

секунд. Динамометрия - правая рука 32 кг, левая рука 28 кг.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите необходимые диагностические исследования для подтверждения диагноза. 4. Определите тактику ведения и лечения.

Ситуационная задача 2

Пациент Л., 85 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, снижение аппетита, снижение веса на 4 кг за последние 2 недели. Ухудшение самочувствия отмечает последние 3 недели, связывает с перенесенной коронавирусной инфекцией, когда пропал аппетит, стал хуже чувствовать вкус и запах пищи. В анамнезе - 2 год назад перенес инфаркт миокарда, протезирование аортального клапана по поводу тяжелого аортального стеноза. 8 месяцев назад диагностирован рак предстательной железы, наблюдается урологом. Глаукома – получает ксалатан (латанопрост). Зрение на левый глаз потеряно. Принимает препараты - престариум 5 мг, ацетилсалициловая кислота 100 мг, розувастатин 10 мг, диферилин 1 раз в 3 месяца в/м. На фоне терапии в последнюю неделю эпизоды гипотонии. Падения - за предшествующий год 2 раза около 2 недель назад (со слов, стало плохо, закружилась голова; травмы отрицает). Социальный анамнез. Образование высшее, на пенсии. Проживает с женой. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Т тела 36,5С. ИМТ 26,33 кг/м². Сознание ясное. Мобильность снижена, передвигается с опорой на трость, неустойчив. Катаральных явлений нет. Кожа - целостность не нарушена, слизистые розовые. Отёков нет. Контакт доступен. Однако астенизирован, быстро истощается. Слух снижен. В месте и времени ориентирован, признаков делирия нет. Острой неврологической симптоматики нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту Сатурация 97%. Тоны сердца: приглушены. Ритм: правильный. Шумы: Небольшой систолический шум в точке Боткина-Эрба. АД сидя 90/58 мм рт.ст. Пульс: 72 в минуту. Аппетит снижен. Язык: язык суховат, обложен белым налетом. Частичная адентия. Живот: обычной форме, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание со слов без затруднений. По данным гериатрического скрининга: индекс Бартел – 60 баллов, Возраст не помеха – 5 баллов, Краткая батарея тестов физического функционирования - 4 балла, скорость ходьбы 0,5 м/с, динамометрия - правая рука 16 кг, левая рука 15 кг. краткая шкала оценки питания – 13 баллов, шкала Морзе – 75 баллов, тест рисования часов 4 /10 баллов, гериатрическая шкала оценки депрессии (GDS-15) – 1 балл. В анализах крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты – 5,6 тыс., лимфоциты абс. - 1,5 тыс. СОЭ - 10 мм/ч, осмолярность крови 306 мОсм/л, общий белок - 63 г/л, альбумин - 33 г/л, креатинин 146 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л, общий холестерин – 4,6 ммоль/л, ЛПНП – 1,3 - ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, витамин Д- 6,4 нг/мл. КТ органов грудной клетки - легкие без «свежих» очговых и инфильтративных изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения, показания для госпитализации. 4. Определите индивидуальный план профилактики делирия для пациента в случае госпитализации.

Ситуационная задача 3

Женщина, 78 лет, обратилась в поликлинику в связи с стойкими жалобами на снижение кратковременной памяти и сложности ориентировки в малознакомой местности. Стала забывать события недавнего прошлого, стало сложно ориентироваться в незнакомом месте, недавно потерялась в метро, когда пришлось ехать к доктору в другой конец города. В анамнезе: повышение АД в течение последних 10-и лет. Принимает гипотензивную терапию. ОИМ, ОНМК отрицает. Падений, переломов не было. Проживает одна. Поддерживает связь с дочерью, которая живёт недалеко и 2 раза в неделю её навещает. Образование высшее, работала бухгалтером. Наследственный анамнез: у матери в возрасте 80 лет отмечались выраженные нарушения памяти, не узнавала внучку. Результаты КГО: индекс Бартел 100/100 баллов. Инструментальная активность в повседневной жизни 27/27 баллов. Тест рисования часов 8/10 баллов (цифры нарисованы наоборот, вместо цифры 1, 2, 3 указаны цифры 11, 10, 9...). КШОПС (MMSE) 25/30 баллов (сложности с ориентировкой и не вспомнила слова). Тест на название животных - 11 слов, слов на букву «с» - 12 слов. Тест 12 слов - непосредственное воспроизведение 6+3 (9 слов), отсроченное воспроизведение 3+2 (5 слов). Тест «Встань и иди» - 9 секунд. Динамометрия - правая рука 32 кг, левая рука 28 кг.

Вопросы: 1. Какая степень выраженности когнитивных нарушений? 2. Сформулируйте диагноз

и обоснуйте его. 3. Определите необходимые диагностические исследования для подтверждения диагноза. 4. Определите тактику ведения и лечения.

Ситуационная задача 4

Мужчина, 73 года, находится в хирургическом отделении, после проведенной операции холецистэктомии, 1-е сутки. Ночью развился эпилептический приступ возбуждения, пациент начал ходить по отделению, начал видеть «чёрных бабочек», ловил их и заставлял соседей по палате следовать его примеру. Когда окружающие пытались успокоить мужчину, он вёл себя крайне агрессивно. В 5 утра заснул, утром при врачебном обходе эпизодов возбуждения и галлюцинаций не было, отмечалась сонливость, апатия, отсутствие взаимодействия с медицинским персоналом. При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧДД 19 в минуту, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердце: левая граница - по левой среднеключичной линии, правая граница - по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 72 в минуту, ритм неправильный, АД - 136/83 мм РТ. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии. В анализах крови: гемоглобин - 119 г/л, эритроциты - 4,1 млн, лейкоциты - 7,7 тыс., тромбоциты - 281 тыс., СОЭ - 10 мм/ч, общий белок - 67 г/л, альбумин - 46 г/л, креатинин 150 ммоль/л, общий билирубин - 9 ммоль/л, триглицериды — 1,9 ммоль/л, общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ЛПНП — 4,3 - ммоль/л, глюкоза — 8,3 ммоль/л. В анализе мочи: PH - 6, 1, удельный вес - 1016, белок, глюкоза отрицательны, эритроциты. Результаты комплексной гериатрической оценки: индекс Бартел 100/100 баллов. IADL 27/27. Тест «Встань и иди» - 10 баллов. Динамометрия - правая рука 32 кг, левая рука 28 кг. MoCA тест 24/30 баллов. Тест рисования часов 8/10 баллов. GDS - 3 баллов.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Выделите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4. С каким диагнозом проводят дифференциальную диагностику.

Примеры ситуационных задач:

Задача 1.

Больной З., 86 лет, колхозник. В течение нескольких недель находится на лечении в психиатрической больнице. Жалуется на отсутствие лишь зрения на правый глаз, где имеется помутнение роговой оболочки. Других жалоб нет. В отделении спокоен, подсаживается к больным пожилого возраста, о чем-то с ними беседует. В обращении с врачом, больными вежлив, предупредителен, даже несколько слащав. Приветливо здоровается, но, встретив врача через несколько минут, приветствует его вновь. Часто приоткрывает дверь в кабинет и вежливо осведомляется, не пришел ли консультант-окулист, через пять минут спрашивает о том же. Числа, месяца, года назвать не может. Видя вокруг людей в белых халатах, догадывается, что его положили в больницу, но в какую не помнит. Рассказывает, что только вчера приехал из деревни: «Вот лошадь во дворе привязал, сейчас ходил ей сена задавал». Вернувшись после консультации из кабинета профессора, всем рассказывает, что профессор его шампанским угощал, сердился, когда ему говорили, что этого не было, любит говорить о днях своей молодости, помнит события прошлых лет, правильно воспроизводит события гражданской войны, в которой принимал участие. Перечисляет своих детей, называет их имена, но внуков путает — то заявляет, что у него их вообще нет, то называет несколько имен, но каждый раз новые.

Задание: Квалифицировать состояние и заболевание.

Задача 2.

Больная Г., 72 года, пенсионерка. В течение 6 месяцев находится в психиатрической больнице. Требуется за собой постоянного ухода и надзора, не находит палаты, ложится в чужую постель рядом с другой больной. Неряшлива в одежде, не может самостоятельно одеться, собирает бумажки, складывает их в карман халата, под матрацы 27 чужих посетителей. Жалуется, что крадут ее одежду, еду. Иногда громко кричит: «Караул! Грабят! Украли пальто! Есть не дают, голодом морят!». Тогда злобна, раздражительна, отталкивает больных, медперсонал, кусается. Никого из больных не знает, не может запомнить лечащего врача, несмотря на то, что видит его по несколько раз в день. Не узнает приходящих к ней родных, забрав продукты, гонит родственников прочь, опасаясь, что они отберут

передачу.

Задание: Определить синдром и заболевание.

Задача 3.

Больная Ф., 72 года. Отец злоупотреблял алкогольными напитками. Мать умерла в глубокой старости при явлениях деменции. Анамнез жизни без особенностей. Настоящее заболевание началось с постепенного одряхления, потери работоспособности, падения зрения, снижения слуха. Стала раздражительной, суетливой, плаксивой. Без достаточного повода кричала, дралась. Ослабела память, появились бредовые идеи обкрадывания. Путала дни недели, события последнего времени. Позже стала плохо ориентироваться в окружающем, считала, что находится в деревне, искала подруг своей юности. Больных и персонал отделения принимала за своих родственников и знакомых. Суетлива, болтлива, добродушна. Охотно вступает в беседу на конкретные темы, касающиеся ее старых навыков, хозяйства, подросткового возраста. Часто начинает обвинять персонал, больных в краже ее передач, одежды. Прячет продукты под матрац, под одежду. Собирает мусор, поясняя: «пригодится в хозяйстве». Себя не обслуживает. Неопрятна. Шумлива. Память на прошлые события сохранена лучше, чем на текущие. Соматическое состояние: резко выражены старческие признаки: редкие седые волосы, отсутствуют зубы, кожа вся в морщинах, сухая, дряблая, истощена. Границы сердца расширены, тоны глухие. В легких эмфизематозное дыхание. Неврологический статус. Вялая реакция зрачков на свет, снижены кожные и сухожильные рефлексы, трофические изменения кожи.

Задание: Определить синдром и заболевание.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	Опишите клиническую ситуацию из практики сформулируйте РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Определите гериатрические синдромы.
Э	-	
В	3	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
О	-	
В	4	Профилактика и динамическое наблюдение пациента
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)
 1. критерии понятия деменция и ее диагностики;
 2. сущность понятия делирий, критерии его диагностики;
 3. факторы риска деменции в пожилом и старческом возрасте;
 4. факторы риска делирия;
 5. принципы оказания помощи пациенту с делирием в условиях ОВП;
 6. принципы ведения пациентов с деменцией в практике семейного врача;
 7. возможности профилактики когнитивных нарушений в пожилом и старческом возрасте в условиях ОВП.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания,

ответы разместить после тестов)

Блок I

1. Крайне опасным для развития суицидальных настроений является:
 - а) мальнугриция
 - б) деменция
 - в) хронический болевой синдром
 - г) частая смена мест проживания
2. Показаниями для назначения нейролептиков при делирии является наличие:
 - а) ажитации
 - б) гипоактивного подтипа делирия
 - в) галлюцинаций
 - г) опасного поведения
 - д) препятствования пациента лечению
3. В патогенезе делирия участвует следующая нейротрансмиттерная система:
 - а) ГАМК – ергическая
 - б) Гистаминовая
 - в) Серотонинергическая
 - г) холинергическая.
4. Основной задачей в тактике ведения пациента с делирием является: _____
 - а) контроль жизненно важных показателей
 - б) обеспечить комфортные условия
 - в) своевременное медикаментозное лечение
 - г) устранение факторов, которые спровоцировали делирий
5. Выделяют следующие подтипы делирия: _____
 - а) возбудимый
 - б) гиперактивный
 - в) гипоактивный
 - г) смешанный
 - д) сочетанный.
6. Группы препаратов, которые используется для снижения агрессивности, психомоторной активности пациента с делирием - это: _____
 - а) антидепрессанты
 - б) атипичные нейролептики
 - в) бензодиазепины
 - г) ингибиторы ацетилхолинэстеразы
 - д) нейролептики
7. К задачам, которые ставятся при профилактике делирия, относятся _____
 - а) полностью предотвратить возникновение делирия
 - б) снижение времени пребывания пациента в стационаре
 - в) снижение заболеваемости делирием и смертности
 - г) устранение корригируемых предрасполагающих факторов риска
8. Из перечисленных факторов к предрасполагающим факторам риска развития делирия относят: _____
 - а) алкогольная зависимость;+
 - б) депрессия;+
 - в) задержка мочи;
 - г) запор;
 - д) инфекционный процесс;
 - е) сенсорный дефицит.+
9. Клинические проявления характерные для гипоактивного подтипа делирия:
 - а) агрессивность
 - б) возбуждение
 - в) замедленность реакции
 - г) сонливость

Ответы:

№ вопроса	правильный	№ вопроса	правильный	№ вопроса	правильный

	ответ		ответ		ответ
1	б	4	г	7	б, в, г
2	а, г, д	5	б, в, г	8	а, б, е
3	г	6	б, д	9	в, г

Блок 2

Ответить на вопросы тестовых заданий:

- Обязательным признаком деменции является:
 - Нарушение самообслуживания
 - Расстройство сознания
 - Нарушение памяти
 - Необратимый характер когнитивных нарушений
- Деменция является _____ когнитивным расстройством
 - Тяжёлым
 - Умеренным
 - Лёгким
 - Субъективным
- Причиной деменции может быть:
 - Дефицит витамина В12
 - Ревматоидный полиартрит
 - Сирингомиелия
 - Полинейропатия
- Признаки когнитивных нарушений при выполнении теста рисования часов диагностируются если пациент набрал менее:
 - 7 баллов
 - 9 баллов
 - 5 баллов
 - 3 баллов
- Если 80-летняя пациентка на вопрос «За последние две недели ощущали ли вы чувство безнадежности, грусти?» отвечает положительно, то далее необходимо:
 - Перейти к опросу по анкете «Гериатрическая анкета депрессии-15»*
 - Направить ее на консультацию к психоневрологу
 - Получить согласие на консультацию психиатра
 - Перейти к опросу по клинической шкале оценки депрессии Гамильтона
- У пациентов пожилого возраста чаще всего развивается делирий при госпитализации в _____ отделение:
 - гериатрическое
 - ортопедическое
 - реанимационное
 - Хирургическое
- Наиболее верному определению понятия «делирий» соответствует:
 - остро развивающееся состояние, характеризующееся расстройством сознания и внимания, нарушением когнитивных функций с флюктуацией состояния в течении суток, высокой или низкой психомоторной активностью и нарушением цикла сон – бодрствование
 - острое нарушение внимания и ориентировки в пространстве и времени, с нарушением психомоторной активности, когнитивных функций, уровня сознания
 - острый обратимый синдром с нарушением когнитивных функций, уровня сознания и высокой психомоторной активностью с формированием инверсии сна
 - острый обратимый синдром с расстройством уровня сознания, внимания, с низкой психомоторной активностью и нарушением внимания и цикла сон - бодрствование.
- Из перечисленных факторов риска к провоцирующим факторам риска развития делирия относятся следующие: _____
 - болевого синдром
 - гипоксия
 - задержка мочи
 - использование мочевого катетера

- д) сенсорный дефицит.
9. Клиническими проявлениями, характерными для гиперактивного подтипа делирия, являются: _____
- а) агрессивность
 - б) апатия
 - в) зрительные галлюцинации
 - г) психомоторное возбуждение
 - д) сонливость.
10. Частым осложнением у пациентов с делирием является: _____
- а) деменция
 - б) депрессия
 - в) нарушение внимания
 - г) нарушение сна
 - д) нарушение сознания.

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	а	5	а	9	а, б, г
2	а	6	в	10	а
3	а	7	а		
4	б	8	а, б, в, г		

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2018. — 608 с.

Дополнительная:

1. Гериатрия //Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Под редакцией О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк, Е.В. Фроловой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020.– 1040с/992 с. \
2. Гериатрия. Национальное руководство. /Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. , 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.
3. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Методические рекомендации. /Под редакцией О.Н. Ткачевой. - М.:Прометей, 2019, - 66с.
4. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Методическое руководство. Минздрав России. - 2018, – 88с. – <https://cr.minzdrav.gov.ru>

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров - <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>

Раздел 4. Диагностика в ОВП

Тема 4.1: ЭКГ в диагностике заболеваний кардиологического профиля

Тема 4.2: ЭХО-КС в общеврачебной практике

Цель: совершенствование практических навыков регистрации, анализа и клинической интерпретации электрокардиограмм в условиях общей врачебной практики, а также к интерпретации ЭХО-КС исследований.

Задачи:

1. Обучить проведению ЭКГ-исследования и интерпретации результатов в условиях ОВП.
2. Обучить интерпретации результатов ЭХО-КС в условиях ОВП.

Обучающийся должен знать:

- показания и противопоказания к исследованию
- интерпретация данных исследований
- особенности проведения диагностических тестов в различных половозрастных группах и у беременных
- наиболее частые ошибки, встречающиеся при проведении данных исследований
- показания для направления к специалистам для проведения специальных диагностических исследований

Обучающийся должен уметь:

В амбулаторных условиях и на дому зарегистрировать ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, при необходимости использовать дополнительные отведения и интерпретировать его результат в рамках своей компетенции; интерпретировать результаты ЭХО-КС-исследования.

Обучающийся должен владеть: методикой регистрации ЭКГ и интерпретацией результатов; методикой интерпретации результатов ЭХО-КС.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Метод клинической кардиографии; электрокардиографические отведения;
2. Принципы клинического анализа ЭКГ;
3. Последовательность анализа ЭКГ;
4. Анализ элементов ЭКГ: анализ зубца Р, интервала PQ, комплекса QRS, сегмента ST, зубца Т, интервала QT.
5. Анализ результатов ЭХО-КС и его интерпретация.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение ЭКГ, протоколов ЭХО-КС, решение ситуационных задач, отработка практического навыка регистрации ЭКГ)

1. Ознакомиться с публикацией в научном журнале: Регистрация электрокардиограммы покоя в 12 общепринятых отведениях взрослым и детям 2023/Дроздов Д.В., Макаров Л.М., Баркан В.С. и др. Методические рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(10):5631. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5631>. EDN: JAVUJL
2. Изучить алгоритм практического навыка снятия ЭКГ и и выполнить методику регистрации ЭКГ и анализ результатов ЭКГ 5 пациентам.

№ п / п	Действие аккредитуемого
1.	Поздороваться с пациентом
2.	Представиться, обозначить свою роль
3.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией:
	У фамилию
	У имя
	У отчество
4.	У возраст
	Предложить пациенту сесть на стул

5.	Осведомиться о самочувствии пациента, обратившись к нему по имени и отчеству
6.	Информировать пациента о предстоящей манипуляции
7.	Убедиться, что информированное добровольное согласие на проведение манипуляции получено
8.	Убедиться, что есть всё необходимое:
	■ У одноразовая медицинская пеленка
	У спиртовая салфетка
	У бумажная салфетка
	У электрокардиограф с проводами
	У красный плоский электрод
	У желтый плоский электрод
	У зеленый плоский электрод
	У черный плоский электрод
	У электрод V1 с грушей
	У электрод V2 с грушей
	У электрод V3 с грушей
	У электрод V4 с грушей
	У электрод V5 с грушей
	У электрод V6 с грушей
	У закрепленный пакет для сбора отходов класса А
	У закрепленный пакет для сбора отходов класса Б
9.	Обработать руки гигиеническим способом и при необходимости надеть перчатки
10.	Проверить целостность упаковки спиртовой салфетки

Регистрация и интерпретация электрокардиограммы

11.	Проверить срок годности спиртовой салфетки
12.	Проверить целостность упаковки электродного геля
13.	Проверить срок годности электродного геля
14.	Убедиться в том, что одноразовая медицинская пеленка расстелена на кушетке
15.	Попросить пациента освободить от одежды и металлических украшений
	У торс
	У голеностопные суставы
	■ У лучезапястные суставы
16.	Попросить пациента
	У лечь на кушетку на спину
	У положить руки вдоль туловища
	У ноги не скрещивать
17.	Оценить волосяной покров и сделать вывод о необходимости бритья грудной клетки
18.	Убедиться, что кабель электродов подсоединен к электрокардиографу
19.	Убедиться, что электроды соединены с проводами в соответствии с цветовой маркировкой
20.	Нанести электродный гель на места наложения электродов:
	У на внутреннюю поверхность правого предплечья
	У на внутреннюю поверхность левого предплечья
	У на внутреннюю поверхность правой голени на 4-5 см выше лодыжки
	У на внутреннюю поверхность левой голени на 4-5 см выше лодыжки
	У на точку наложения электрода V1 в IV межреберье по правому краю грудины
	У на точку наложения электрода V2 в IV межреберье по левому краю грудины

	У на точку наложения электрода V4 в V межреберье по срединно-ключичной линии
	У на точку наложения электрода V3 между V2 и V4
	У на точку наложения электрода V5 в V межреберье по передней подмышечной линии
	У на точку наложения электрода V6 в V межреберье по средней подмышечной линии
21.	Наложить красный плоский электрод на внутреннюю поверхность правого предплечья
22.	Наложить желтый плоский электрод на внутреннюю поверхность левого предплечья симметрично красному
23.	Наложить зеленый плоский электрод на внутреннюю поверхность левой голени на 4-5 см выше лодыжки
24.	Наложить черный плоский электрод на внутреннюю поверхность правой голени симметрично зеленому
25.	Наложить электрод V1 в IV межреберье по правому краю грудины
26.	Наложить электрод V2 в IV межреберье по левому краю грудины
27.	Наложить электрод V4 в V межреберье по срединно-ключичной линии
28.	Наложить электрод V3 между V2 и V4
29.	Наложить электрод V5 в V межреберье по передней подмышечной линии
30.	Наложить электрод V6 в V межреберье по средней подмышечной линии

Регистрация и интерпретация электрокардиограммы

31.	Включить электрокардиограф, нажав на кнопку «ВКЛ/ВЫКЛ»
32.	Убедиться в правильности настройки регистрации ЭКГ:
	■ У скорость движения ленты 25 мм/с
	У контрольный мВ - 10 мм
	У режим автоматический
33.	Попросить пациента не шевелиться
34.	Зарегистрировать ЭКГ, нажав на кнопку «ПУСК»
35.	Попросить пациента задержать дыхание на вдохе
36.	Повторно зарегистрировать ЭКГ, нажав на кнопку «ПУСК»
37.	Выключить электрокардиограф
38.	Отсоединить по одному электроду от пациента
39.	Предложить пациенту бумажную салфетку
40.	Сказать пациенту, что манипуляция закончена
41.	Сказать пациенту, что он может одеться и подождать в коридоре
42.	Сказать пациенту, что заключение будет сделано в письменной форме
43.	Утилизировать одноразовую медицинскую пеленку в закрепленный пакет для сбора отходов класса Б
44.	Вскрыть упаковку спиртовой салфетки и утилизировать ее в закрепленный пакет для сбора отходов класса А
45.	Спиртовой салфеткой обработать внутренние поверхности электродов
46.	Утилизировать спиртовую салфетку в закрепленный пакет для сбора отходов класса Б
47.	Убрать на место электродный гель, электроды
48.	Обработать руки гигиеническим способом

49.	Заполнить заключение

3. Ознакомиться с публикацией в научном журнале: Рекомендации по количественной оценке структуры и функций камер сердца/ Российский кардиологический журнал. – N3(95). -2012. - Приложение 1. – 28 с.
4. На основании вышеуказанных рекомендаций выполнить оценку результатов проведения ЭХО-КС сердца 5 пациентам.

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный диагноз. Признаки серьезных проблем. Факторы риска. Особенности сбора анамнеза, осмотра. Дифдиагноз. Тактика ведения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 65-ти лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, впервые возникшие на фоне быстрой ходьбы. Боли длились 2 минуты и самостоятельно прошли на фоне физического покоя. Ожирение, артериальная гипертензия.

Предварительный диагноз ОКС

Признаки наличия серьезных проблем

Подъем сегмента ST как минимум в двух соседних отведениях: 2 мм и более в грудных и 1 мм и более в отведениях от конечностей по данным стандартной ЭКГ.

Снижение сегмента ST как минимум 1 мм в двух соседних отведениях.

Отрицательный глубокий симметричный зубец T

Высокий, заостренный зубец T

Впервые возникшая блокада ЛНПГ

Клинические признаки нестабильной стенокардии (впервые возникшая, прогрессирующая, стенокардия в состоянии покоя, постинфарктная стенокардия)

Факторы риска

Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Депрессия, тревожность - показана плановая консультация психотерапевта

Ведение пациента

Анамнез

Сжимающие давящие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приёма пищи, а также при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов или продолжающиеся несмотря на указанные мероприятия. Боли могут иметь характерную иррадиацию, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти.

Атипичная симптоматика: нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка (характерна для пожилых старше 75 лет и пациентов женского пола, а также для молодых лиц 25-40 лет).

Возможна безболевая ишемия миокарда (отсутствие симптоматики), чаще бывает у пожилых и больных сахарным диабетом, не является признаком лучшего прогноза.

Инструментальное обследование

Учесть возможность наличия псевдоинфарктных изменений на ЭКГ.

Учесть вероятность отсутствия изменений на ЭКГ у больных с поражением нескольких областей миокарда в связи с тем, что реципрокные изменения на одной стенке желудочка могут уравновешивать прямые изменения на противоположной стенке.

При подозрении на инфаркт правого желудочка снять дополнительно правые грудные отведения, а при подозрении на инфаркт задней локализации снять дополнительно отведения по Небу.

Учесть, что диагностическая точность ЭКГ для выявления ишемических изменений низка в следующих ситуациях: признаки ранее перенесенного инфаркта, нарушения внутрижелудочковой проводимости, ритм кардиостимулятора при стимуляции желудочков, аневризма сердца.

Для оценки транзиторных ишемических изменений показано суточное мониторирование ЭКГ. Назначают в случае, если по данным ЭКГ в покое признаков ишемии миокарда не выявлено.

Нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил) применяют при отсутствии данных за острый коронарный синдром.

Взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда: серия тропониновых тестов, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови, СРБ, СОЭ).

Рентген грудной клетки.

ЭХО-КГ (зоны акинезии, дискинезии, аневризма).

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Показана госпитализация. Золотым стандартом диагностики ИБС является коронарография, она показана только в случае решения вопроса об оперативном лечении.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

Провести обследование по выше изложенной схеме с целью оценки риска развития острого коронарного синдрома (ОКС). При высоком риске (транзиторные ишемические эпизоды при 24 часовом мониторинге, особенно безболевые; положительные результаты лабораторных тестов, низкая толерантность к физическим нагрузкам при проведении нагрузочных проб) показаны госпитализация и плановая коронарография с последующим оперативным лечением с целью выполнения реваскуляризации.

При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ псевдоинфарктные изменения, однако, это не исключает возможности развития коронарной недостаточности. В связи с этим при наличии клиники ОКС целесообразно госпитализировать пациента. Особенностью лечения является необходимость избегать назначения нитратов. Предпочтительнее назначение β -блокаторов.

Миокардит и перикардит сопровождаются подъёмом сегмента ST во всех отведениях кроме AVR и V1. Характерным является нарушение ритма и проводимости. В случае выраженной симптоматики (боли в грудной клетке, одышка) показано стационарное лечение.

Если выявленный подъём сегмента ST не сопровождается характерной симптоматикой ОКС, провести дифференциальный диагноз с аневризмой левого желудочка (сравнить с предыдущими ЭКГ если таковые имеются и/или выполнить ЭХО-КГ), использовать тропониновый тест. При подтверждении аневризмы показана терапия в амбулаторных условиях с целью снижения риска тромбоэмболических осложнений, так как аневризма является источником формирования тромбов.

Выявление синдрома WPW с псевдоинфарктными изменениями не требует исключения ИБС при отсутствии характерных жалоб. Как правило, это молодые люди и требуется плановая консультация кардиолога для дальнейшего ведения пациента (WPW способствует развитию аритмий).

При выявлении псевдоинфарктных изменений в виде синдрома ранней реполяризации (подъём сегмента ST в отведениях V1-V3, V4) с высоким зубцом T, что не характерно для ишемии миокарда, специального наблюдения и обследования не требуется.

При почечной недостаточности возможно появление псевдоинфарктных изменений на фоне электролитных нарушений. Требуется патогенетическое лечение.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии (банк ЭКГ, рентгенограмм и спирограмм)*

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Метод клинической кардиографии; электрокардиографические отведения;

2. Принципы клинического анализа ЭКГ;

3. Последовательность анализа ЭКГ;

4. Анализ элементов ЭКГ: анализ зубца Р, интервала PQ, комплекса QRS, сегмента ST, зубца Т, интервала QT.

5. Анализ результатов ЭХО-КС и его интерпретация.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)*

1. Направление реполяризации в желудочках в норме:

а. От эпикарда к эндокарду.

б. От эндокарда к эпикарду.

в. Возможны оба варианта.

2. Отрицательный зубец Р в отведениях III и aVF может регистрироваться:
- а. При эктопическом предсердном ритме.
 - б. При отклонении электрической оси предсердия влево.
 - в. И в том, и в другом случае.**
 - г. Ни в том и ни в другом случае.
3. Амплитуда зубца Р во II отведении в норме составляет:
- а. Менее 2,0 мм.
 - б. До 2,5 мм.**
 - в. До 3,5 мм.
 - г. До 4,0 мм.
4. Продолжительность зубца Р в норме составляет:
- а. 0,02 сек.
 - б. До 0,10 сек.**
 - в. До 0,12 сек.
 - г. До 0,13 сек.
5. Продолжительность интервала PQ у взрослых в норме составляет:
- а. 0,08-0,12 сек.
 - б. 0,14-0,20 сек.**
 - в. 0,22-0,24 сек.
 - г. 0,26-0,48 сек.
6. Угол между осями стандартных (I, II, III) отведений ЭКГ составляет:
- а. 15 градусов.
 - б. 30 градусов.
 - в. 60 градусов.**
 - г. 90 градусов.
7. Ось отведения aVF перпендикулярна оси:
- а. I отведения.**
 - б. II отведения.
 - в. III отведения.
 - г. Отведения aVL.
8. Ось отведения aVL перпендикулярна оси:
- а. I отведения.
 - б. II отведения.**
 - в. III отведения.
 - г. Отведения aVR.
9. Ось отведения aVR перпендикулярна оси:
- а. I отведения.
 - б. II отведения.
 - в. III отведения.**
 - г. Отведения aVF.
10. Зубец Р в норме всегда отрицателен в:
- а. Отведение aVF.
 - б. Отведение aVF.
 - в. Отведение aVR.**
 - г. Отведение III.
11. Соотношение амплитуд зубцов Р в стандартных отведениях при нормальном положении электрической оси сердца чаще всего бывает:

- а. $PI > PII > PIII$.
б. $PII > PI > PIII$.
в. $PIII > PII > PI$.

12. Двухфазный зубец R чаще всего регистрируется в норме:

- а. В отведении avF .
б. В отведении III.
в. В отведении V1.
г. В отведении avR .

13. Если в I отведении амплитуда $R=S$, а в avF амплитуда R наибольшая, угол альфа равен:

- а. +90 градусов.**
б. 0 градусов.
в. +30 градусов.
г. -90 градусов.

5) Решить задачи:

1. Пациентка 70 лет (приём 10.08.2022г.)

Жалобы: на одышку при бытовых нагрузках, при ходьбе на расстояние 6 метров. При входе из коридора в кабинет – одышка. При ходьбе до магазина (200 метров) останавливается 2 раза: одышка + давящая боль в груди.

В конце июля 2022года приступ загрудинной боли (давящая) продолжительностью 15-20 минут (сидела дома), СМП не вызвала. Синкопе – отрицает. НРС не ощущает.

История заболевания:

В анамнезе - ИБС: Стенокардия. Нагрузочные тесты и КАГ не проводились.

Фибрилляция предсердий – запись в амбулаторной карте (ФП по ЭКГот 28.06.2022г.).

Одышка в течение года, постепенное ухудшение 4 месяца

Гипертоническая болезнь более 20 лет

История жизни:

ПОНМК от 2005года

СД 2тип с 2018 года

Объективные данные:

состояние тяжёлое

Тоны сердца: приглушены, аритмичные, ЧСС 78 в мин. АД 156/90мм.рт.ст.

Дыхание везикулярное. Хрипы нет. ЧДД 20 в мин. SpO2-96%

Живот мягкий безболезненный; Печень +/- . Периферические отёки: нет.

ЭХО-КС от 10.08.2022г.: Аорта в в/о 40мм. КДРлп-52мм. КДРлж-44мм, ИММЛЖ-115,

ФВлж (по Симпсону)-60%. СрДЛА-15мм.рт.ст.

Заключение: Концентрич. гипертрофия миокарда ЛЖ. Склероз аорты, интракардиальных структур. Дилатация обоих предсердий. Относит. недостат. АВ-клап. лёгкая. Расширение восх. аорты. Лёгочная гипертензия лёгкая.

Ведущий диагноз (диагнозы). Тактика ведения.

2. Пациент 61 год (приём 18.05.2022г.) в 08:00.

Жалобы: на срывы ритма – 10.21г. – 1, в 03.22г. – 4, длительностью от 30 сек. до 3 часов, спонтанное восстановление синусового ритма. Рецидив от 20:00 17.05.2022г.

Одышка при ходьбе в гору. Загрудинные боли при физической нагрузке отрицает.
Синкопе (-).

История заболевания:

ФП – с осени 2019 года, спонтанное восстановление синусового ритма (при вызове «Скорой помощи». ЭКГ от 03.2020г. – ФП. Госпитализация в стационар 06. 2020г. планово для восстановления синус. Ритма.

Непрерывео-рецидивирующая форма – Электрокардиоверсия от 20.06.2020г, 24.06.2020г, 28.06.2020г.

Повышение АД – 3 года, Макс АД 150/100мм.рт.ст., рабочее АД 126/90

Объективные данные:

состояние удовлетворительное

Тоны сердца: аритмичные (ФП), ЧСС 88 в мин. АД 112/80 мм.рт.ст.

Дыхание везикулярное. Хрипы нет. ЧДД 15 в мин.

Живот мягкий безболезненный; Печень не увеличена. Периферические отёки: нет.

ЭКГ от 18.05.2022г.: ФП с ЧСЖ 100-145 в мин.

ЭКГ от 02.05.2022г.: Синусовый ритм с ЧСС-56 в мин. ЭОС не отклонена.

29.04.2022г. :ТТГ – 1,4

ХМ-ЭКГ от 17.05.2022г.

Фоновый ритм – синусовый.

ЧСС днём 56-93/мин, средняя 84/мин.

сменяется в 20:00 мерцание предсердий

ЧСС ночью 52-143/мин, средняя 81/мин.

Проводимость: Значимые паузы не регистрируются.

Эктопическая активность:

- наджелудочковая э/систолия: 42/сут, до 10 в час, 3-парные,

- желудочковая э/систолия: 17/сут, до 5/ч.

С. ST-T: без значимой динамики.

Ведущий диагноз. Тактика ведения.

5. Пациентка 63 года (приём 25.05.2022г.)

Жалобы: с 24 05.2022г. – давящие боли за грудиной во время ходьбы, далее в течение дня - боли за грудиной при ходьбе через 200 метров, ощущение слабости, потливость.

История заболевания:

Перманентная форма фибрилляция предсердий с 2017 года.

Повышение АД более 20 лет. Макс. АД 180/110мм.рт.ст

Менопауза с 51 года

Принимает: Беталок ЗОК 100мг. Периндоприл 4мг, Аторвастатин 40мг, Ксарелто 20мг.

История жизни:

Сопутствующие заболевания: СД 2тип. Варикозная болезнь нижних конечностей.

Объективные данные:

состояние относительно удовлетворительное

Тоны сердца: приглушены, аритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 146/92 мм.рт.ст.

Дыхание везикулярное. Хрипы нет. ЧДД 15 в мин.

Живот мягкий безболезненный; Печень/-/. Периферические отёки: нет.

ЭКГ от 25.05.2022г.: ФП, с ЧСЖ – 56-125 в мин. ЭОС-влево.

ЭХО-КС: КДРлп- 58мм; КДРлж- 54мм; ИММЛЖ- 130гр/м2; ФВ (по Симпсону) – 67%; СистДЛА- 36мм.рт.ст.

Заключение: Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Дилатация левых отделов. Дилатация правых отделов. Относительная недостаточность МК, ТК умеренная, незначительная недостат АК. Лёгочная гипертензия умеренная.

Ведущий диагноз. Тактика ведения.

6) *Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгеров М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Моштова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой,

Раздел 5. Паллиативная помощь

Тема 5.1: Болевой синдром, купирование боли у взрослых и детей в общей врачебной практике

Тема 5.2 Купирование тягостных симптомов в условиях общей врачебной практики

Цель: формирование способности и готовности врача купировать боль у пациентов в условиях общей врачебной практики

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, актуальных клинических рекомендаций по болевому синдрому;
- рассмотреть классификацию, критерии оценки и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением положений актуальных клинических рекомендаций, мониторинг его эффективности и безопасности.

Обучающийся должен знать:

основные положения клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» - задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе; этиопатогенез, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию. Использовать знания о системе организации паллиативной медицинской помощи населению; общаться с incurable пациентами и их родственниками с учетом этических норм и деонтологических аспектов профессиональной деятельности; применять методы диагностики хронического болевого синдрома и оценки эффективности обезболивания; осуществлять лекарственную терапию по назначению врача у терминальных больных.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Принципы обследования, диагностики и лечения пациентов со злокачественными новообразованиями, СПИД, неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития
- 2) Основы рационального лечебного питания; принципы энтерального питания при заболеваниях и (или) состояниях у пациентов, требующих паллиативную медицинскую помощь
- 3) Показания к применению немедикаментозных методов лечения (физиотерапии, лечебной физкультуры и других) в рамках оказания паллиативной помощи пациентам
- 4) Профилактика и лечение пролежней, появления контрактур, легочной инфекции и других осложнений у больных, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями
- 5) Симптоматическое лечение больных, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач)

Решить ситуационные задачи

1. Алгоритм разбора задач

- 1) Определите, какие потребности нарушены у пациентки.
- 2) Определите проблемы пациентки.
- 3) Составьте план помощи пациентке

2. Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

Пациентка Н., 82 лет, чувствует себя очень одинокой, говорит, что детям и внукам она не нужна, хотя живут все вместе. Давно задумывается о смерти, полагает, что она всем в тягость. Усугубляет такое отчаяние наличие хронических болезней. Пациентка предъявляет жалобы на боли в суставах, слабость, головокружение, недержание мочи, бессонница. Она не надеется, что жизнь её изменится. Пациентка постоянно говорит о желании легкой смерти во сне. Старается обслуживать себя самостоятельно и не прибегать к помощи родственников. Родные проявляют посильную заботу, не понимают недовольство пациентки.

Задание: Определите, какие потребности нарушены у пациентки. Определите проблемы пациентки. Составьте план помощи пациентке.

Эталон ответа. Нарушены потребности: в общении; в движении; в сне и отдыхе; в отплатвлении физиологических потребностей (недержание мочи). Проблемы пациента: постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли. План ухода: включение пациентки в группу занятий с пожилыми людьми своего микрорайона. Обучение правилам безопасного перемещения. Занятия ЛФК с тренером. Обучение гимнастике Кегеля для укрепления мышц тазового дна и профилактике недержания мочи. Обучение принципам здорового сна. Беседа с родственниками о принципах взаимодействия.

Задача 2. Пациент К., 68 лет, рак 4 стадии простаты. Получает паллиативную терапию на дому. На данный момент пациент испытывает трудности при приёме пищи, даже небольшое количество кефира или молока может спровоцировать рвоту. Проглотить твёрдую пищу он не в состоянии. Для поддержания сил пациенту требуется полноценное сбалансированное питание. Диетологом онкоцентра даны рекомендации на приобретение специальных комплексных препаратов, содержащих аминокислоты, микроэлементы, витамины. Жена ухаживает за пациентом, готова к трансректальному введению питательных смесей.

Задание. Определите, какие потребности нарушены у пациента. Составьте план паллиативной помощи пациенту.

Эталон ответа. Нарушены потребности у пациента: в безопасности; в питании; состояния. Проблемы пациента: угроза преждевременного ухода из жизни, вызванная смертью от истощения. План помощи: организовать для пациента «Стационар на дому», обучить жену пациента введению питательных веществ через кишечник с помощью клизмы.

Задача 3.

Пожилая одинокая женщина страдает от обострения деформирующего остеоартроза. Пациентка не в состоянии передвигаться на большие расстояния. Её беспокоят сильные боли и слабость в нижней конечности. При очередном посещении на дому участковая медицинская сестра узнала, что несколько дней пищевой рацион пациентки ограничен, она не готовит еду. Выходить в магазин за продуктами не в состоянии. Пациентка никогда не пользовалась услугами службы социальной помощи, была волевой и независимой женщиной, а теперь не знает, как ей быть, у кого попросить помощи.

Задание. Определите, какие потребности нарушены у пациентки. Определите проблемы пациентки. Составьте план помощи.

Эталон ответа. Нарушены потребности: в безопасности; в движении; в питании; комфортного состояния. Проблемы пациентки: снижение двигательной активности, самообслуживания и питания на фоне сильной боли. Отсутствие знаний относительно уровня оказания помощи социальной службой. План помощи: 1. Назначить лечение деформирующего остеоартроза с адекватной обезболивающей терапией. 2. Дать рекомендации относительно обращения за помощью в социальную службу. 3. Оказывать помощь при составлении суточного рациона, необходимого перечня продуктов, доставке и приготовлении продуктов (соседи, медсестра, социальный работник). 4. Дать инструкции соцработнику по оказанию помощи при гигиенических, лечебных процедурах, созданию безопасных условия для пациентки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Перечислите стационарные формы оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.05.2019 № 345н/372н "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья".
Эталон ответа: хосписы, кабинеты и отделения паллиативной медицинской помощи.
2. Перечислите основные группы пациентов с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи.
Эталон ответа: пациенты с различными формами злокачественных новообразований и с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития.
3. Как согласно закону 323-ФЗ определяется паллиативная медицинская помощь?
Эталон ответа. Паллиативная помощь – это комплекс мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
4. Назовите показания для госпитализации в хоспис.
Эталон ответа. Выраженный болевой синдром в терминальной стадии заболевания, преимущественно у пациентов с онкологическими заболеваниями, не поддающийся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому. Отсутствие условий для проведения симптоматического лечения и ухода в амбулаторных условиях, в том числе на дому. Нарастание тяжелых проявлений заболеваний, не поддающихся лечению в амбулаторных условиях, в том числе на дому, требующих симптоматического лечения под наблюдением врача в стационарных условиях.

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 (привести вопросы для самоконтроля)
1. Купирование боли ВОП (СВ);
2. Купирование тягостных симптомов ВОП (СВ);
3. Порядок оказания паллиативной помощи в общей врачебной практике.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ

		НА
		ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Тактика обезболивания
О	-	
В	4	Тактика купирования других тягостных симптомов
Э	-	

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. Цель оказания паллиативной помощи

- а) достижение лучшего качества жизни пациента
- б) купирование боли
- в) устранение симптомов
- г) решение психологических проблем

2. Задачи оказания паллиативной помощи

- а) достижение лучшего качества жизни пациента
- б) купирование боли
- в) устранение симптомов
- г) решение психологических проблем

3. Возрастные группы населения, более всего нуждающиеся в оказании паллиативной помощи

- а) дети (0-14 лет)
- б) подростки (15-17 лет)
- в) взрослые 15-59 лет
- г) взрослые старше 60 лет

4. Паллиативная помощь включает

- а) первичную доврачебную
- б) первичную врачебную
- в) специализированную
- г) скорую.

5. Врач общей практики (семейный врач) оказывает паллиативную помощь

- а) первичную доврачебную
- б) первичную врачебную
- в) специализированную
- г) скорую.

6. Врач общей практики (семейный врач) может оказывать паллиативную помощь

- а) на дому*
- б) амбулаторно*
- в) в условиях дневного стационара
- г) в стационаре.

7. Выберите группы заболеваний, при которых чаще всего врач общей практики (семейный врач) оказывает паллиативную помощь

- а) сердечно-сосудистые заболевания
- б) онкологические заболевания
- в) заболевания почек
- г) болезнь Альцгеймера.

8. Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи при болезнях

органов кровообращения

- а) результаты эхоКГ: выраженное снижение ФВ (< 25%) или выраженная ЛГ (давление в легочной артерии > 70 мм рт.ст.)
- б) стабильная стенокардия 3 и 4 ФК (одышка или боли в груди в покое или при незначительной физической нагрузке)
- в) тяжелое, неоперабельное заболевание периферических сосудов
- г) результаты эхоКГ: выраженное снижение ФВ (< 35%) или выраженная ЛГ (давление в легочной артерии > 60 мм рт.ст.)

9. Специалист по паллиативной медицинской помощи вводится в штат медицинской организации при обслуживании _____ взрослого населения

- а) 1000 человек
- б) 10000 человек
- в) 100000 человек
- г) 20000 человек

10. Стадии принятия негативной информации о состоянии здоровья

- а) неприятие
- б) гнев
- в) депрессия
- г) отчуждение

11. Типы боли у пациентов

- а) ноцицептивная висцеральная
- б) ноцицептивная соматическая
- в) нейропатическая
- г) рефлекторная

12. Острая боль – это боль, продолжающаяся до

- а) недели
- б) 1 месяца
- в) 3 месяцев
- г) полугод

13. Хроническая боль – это боль, продолжающаяся более

- а) недели
- б) 1 месяца
- в) 3 месяцев
- г) полугод

14. Потенциальные показатели боли, определяемые у пожилых людей с высокой степенью деменции

- а) мимика
- б) издаваемые звуки
- в) температура тела
- г) ЧСС

15. Выберите основные препараты, относящиеся ко второй ступени обезболивания

- а) парацетамол
- б) НПВС
- в) слабые опиоиды
- г) адъювантные препараты

16. К адъювантным препаратам относятся

- а) НПВС
- б) опиоиды
- в) антиконвульсанты
- г) антидепрессанты

№	правильны й ответ	№	правильны й ответ	№	правильны й ответ	№	правильны й ответ
1	а	5	б	9	в	13	в
2	б, в, г	6	а, б, в	10	а, б, в	14	а, б
3	г	7	а, б	11	а, б, в	15	в

4	а, б, в	8	а, б, в	12	в	16	в

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю.

Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб.

и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017

- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения

Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.:

"ГЭОТАР-Медиа", 2013.

- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред.

Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред.

Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство

- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-

Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>

- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный

ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>

- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание

Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>

- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание

под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание

под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой,

Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.1: Патология сердечно-сосудистой системы в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача общей практики к оказанию медицинской помощи пациентам с патологией сердечно-сосудистой системы.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;

- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь больным с внутренними болезнями» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Атеросклероз. Причины и механизм развития.
2. ИБС: классификация; методы расчета степени риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.
3. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста
4. Сино-атриальные блокады у лиц пожилого и старческого возраста: клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика
5. Особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий
6. Особенности профилактики и ведения пациентов пожилого и старческого возраста тромбоэмболии ветвей легочной артерии
7. Особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией
8. Особенности профилактики и ведения пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью с промежуточной ФВ
9. Особенности профилактики и ведения пациентов пожилого и старческого возраста хронической сердечной недостаточности с низкой ФВ

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с кардиологической патологией) по алгоритму под контролем преподавателя*

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента, оценки рисков пациента.

4. Составьте план лечения, обоснуйте назначение групп лекарственных препаратов, схемы, дозы, сроки их применения
5. Определите основные компоненты комплексного плана ведения пациента на год
6. Ответьте на дополнительные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 66 лет обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение, слабость. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), проведена трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. Три года назад верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. Были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными. Мобильность сохранена. Падения- за предшествующий год 2 раза около 5 мес. назад (со слов, стало плохо, закружилась голова; травмы отрицает)

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не

увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Скрининг «Возраст не помеха» – 5 баллов. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной дз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслуминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от Дислипидемия IIb типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

Сопутствующий: высоковероятная старческая астения

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия IIb тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

высоковероятная старческая астения – на основании результата гериатрического скрининга (56)

3. -Холтермониторирование-ЭКГ (контроль ЧСС);

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечная тромбоз);

-определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

- направление к гериатру с целью проведения КГО для уточнения гериатрического статуса

- оценка риска кровотечений и тромбоэмболических осложнений

4. 1.) Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2.) Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.

3.) Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4.) В Тройная анти тромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + клопидогрель + пероральный антикоагулянт-варфарин (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).

5) В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной Фракции выброса - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

6. Диспансерное наблюдение по ИБС ПИКС в течение первого года с интервалом 3 мес. у кардиолога, затем у участкового терапевта/ВОП. Е/г вакцинация от гриппа, Covid-19, рассмотреть возможность вакцинации от пневмококковой инфекции. Е/г диспансеризация с проведением гериатрического скрининга, при подтверждении ССА – е/г проведение КГО врачом – гериатром с оценкой доменов физического здоровья, когнитивного и функционального статуса. Рекомендации по питанию, физической активности (на баланс, равновесие, силовой), рекомендации по питанию, когнитивный тренинг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 80 лет обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, слабость снижение веса.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм.рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст. Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента, оценки рисков пациента.
4. Составьте план лечения, обоснуйте назначение групп лекарственных препаратов, схемы, дозы, сроки их применения
5. Определите основные компоненты комплексного плана ведения пациента на год
6. Ответьте на дополнительные вопросы: Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3.

Пациент Л., 85 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, снижение аппетита, снижение веса на 4 кг за последние 2 недели. Ухудшение самочувствия отмечает последние 3 недели, связывает с перенесенной коронавирусной инфекцией, когда пропал аппетит, стал хуже чувствовать вкус и запах пищи. Госпитализирован в отделение гериатрии для дообследования. В анамнезе - 2 год назад перенес инфаркт миокарда, протезирование аортального клапана по поводу тяжелого аортального стеноза. 8 месяцев назад диагностирован рак предстательной железы, наблюдается урологом. Глаукома – получает ксалатан (латанопрол). Зрение на левый глаз потеряно. Принимает препараты - престариум 5 мг, ацетилсалициловая кислота 100 мг, розувастатин 10 мг, диферилин 1 раз в 3 месяца в/м. На фоне терапии в последнюю неделю эпизоды гипотонии. Падения- за предшествующий год 2 раза около 2 недель назад (со слов, стало плохо, закружилась голова; травмы отрицает). Социальный анамнез. Образование высшее, на пенсии. Проживает с женой. При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Т тела 36,5С. ИМТ 26.33 кг/м². Сознание ясное. Мобильность снижена, передвигается с

опорой на трость, неустойчив. Катаральных явлений нет. Кожа - целостность не нарушена, слизистые розовые. Отеков нет. Контакт доступен. Однако астенизирован, быстро истощается. Слух снижен. В месте и времени ориентирован, признаков делирия нет. Острой неврологической симптоматики нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту Сатурация 97%.

Тоны сердца: приглушены. Ритм: правильный. Шумы: Небольшой систолический шум в точке Боткина-Эрба. АД сидя 90/58 мм рт.ст. Пульс: 72 в минуту. Appetit снижен. Язык: язык суховат, обложен белым налетом. Частичная адентия. Живот: обычной форме, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Стул не было 2 дня. Мочеиспускание со слов без затруднений. По данным комплексной гериатрической оценки: индекс Бартел – 60 баллов, индекс Лоутон – 1 балл, Краткая батарея тестов физического функционирования - 4 балла, скорость ходьбы 0,5 м/с, динамометрия - правая рука 16 кг, левая рука 15 кг. краткая шкала оценки питания – 13 баллов, шкала Морзе – 75 баллов, MMSE – 22 балла, тест рисования часов 4 /10 баллов, гериатрическая шкала оценки депрессии (GDS-15) – 1 балл.

В анализах крови: гемоглобин - 134 г/л, лейкоциты – 5,6 тыс., лимфоциты абс. - 1,5 тыс.

СОЭ - 10 мм/ч, осмолярность крови 306 мОсм/л, общий белок - 63 г/л, альбумин - 33 г/л, креатинин 146 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л, общий холестерин – 4,6 ммоль/л, ЛПНП – 1,3 - ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, витамин Д- 6,4 нг\мл.

КТ органов грудной клетки - легкие без «свежих» очговых и инфильтративных изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента, оценки рисков пациента.
4. Составьте план лечения, обоснуйте назначение групп лекарственных препаратов, схемы, дозы, сроки их применения
5. Определите основные компоненты комплексного плана ведения пациента на год
6. Определите индивидуальный план профилактики делирия для пациента.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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

1. Возрастные особенности течения ишемической болезни сердца.
2. Роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе ишемической болезни сердца.
3. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

4. Роль функциональных методов исследования кардиологических больных в оценке сердечно-сосудистого риска.
5. Основные направления лекарственной терапии больных со стенокардией, оказывающих благоприятное влияние на прогноз.
6. Особенности профилактики и ведения пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей
7. Атрио-вентрикулярные блокады: клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика
8. Особенности профилактики и ведения пациентов с хронической сердечной недостаточностью с сохраненной ФВ
9. Особенности ведения пациентов с приобретенными пороками сердца (стеноз аортального клапана и недостаточность митрального клапана), показания для хирургического лечения

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. У пожилых пациентов с жалобами на эпизоды потери сознания для исключения брадиаритмий в первую очередь для дообследования проводится

- а) Электрокардиография
- б) суточное мониторирование ЭКГ*
- в) Электрофизиологическое исследование сердца
- г) Чреспищеводная эхокардиография

2. Целевые значения международного нормализованного отношения у пациента 86 лет с синдромом старческой астении и тромбозом глубоких вен, принимающего варфарин в дозе 2,5

- мг/сут, составляют
- а) 2,0-3,0
 - б) 2,0-2,5
 - в) 1,8-2,5
 - г) 2,5-3,5

3. Доза ривароксабана у пациента в возрасте 82 лет с неклапанной фибрилляцией предсердий и клиренсом креатинина 79 мл/мин составляет

- а) 20 мг 1 раз в день
- б) 15 мг 1 раз в день
- в) 10 мг 1 раз в день
- г) 2,5 мг 2 раза в день

4. При определении стратегии ведения пациента 60 лет с одышкой, отеками лодыжек и отсутствием изменений на ЭКГ для подтверждения диагноза «хроническая сердечная недостаточность» необходимо выполнить:

- а) рентгенографию органов грудной клетки;
- б) эхокардиографию*;
- в) тест с 6-минутной ходьбой;
- г) оценку содержания натрийуретических пептидов в крови.

5. С позиций управления прогнозом и риском комбинированная антитромбоцитарная терапия, включающая ацетилсалициловую кислоту и тиаенопиридин (клопидогрел), показана пациентам:

- а) после перенесенного острого коронарного синдрома/ инфаркта миокарда*;
- б) с функциональным классом стенокардии выше 2;
- в) с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий;
- г) с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

6. У больного гипертонической болезнью при ультразвуковом исследовании выявлены признаки атеросклеротической бляшки сонной артерии. В соответствии с клиническими рекомендациями этого

достаточно, чтобы диагностировать:

- а) I стадию заболевания
- б) II стадию заболевания
- в) III стадию заболевания

г) IV стадию заболевания

7. Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией

- а) сохраненная
- б) увеличенная
- в) сниженная
- г) промежуточная

8. Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для пациентов, страдающих

- а) гипертрофической кардиомиопатией
- б) дилатационной кардиомиопатией
- в) рестриктивной кардиомиопатией
- г) любой формой кардиомиопатией

9. Выпот в перикард наиболее часто встречается при

- а) гипертрофической кардиомиопатии
- б) дилатационной кардиомиопатии
- в) рестриктивной кардиомиопатии
- г) смешанной кардиомиопатии

10. Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах противопоказано

- а) остром периоде вирусной инфекции
- б) любом периоде вирусных миокардитов
- в) подостром периоде вирусной инфекции
- г) периоде противовирусной терапии

1	б	3	а	5	а	7	б	9	б
2	а	4	б	6	б	8	б	10	а

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство /Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 4) Кардиология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.] ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с. – Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
- 5) Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
- 6) Регистрация электрокардиограммы покоя в 12 общепринятых отведениях взрослым и детям 2023/Дроздов Д.В., Макаров Л.М., Баркан В.С. и др. Методические рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(10):5631. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5631>.

EDN: JAVUJL

- 7) Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 480с.
- 8) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
3. Сайт национального российского кардиологического общества <http://www.scardio.ru/>
4. Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. ГЭОТАР, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.2: Болезни органов пищеварения и полости рта в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с патологией желудочно-кишечного тракта и полости рта.

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь больным с внутренними болезнями» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и

группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Морфофункциональные особенности пищеварительной системы у пациентов молодого и старческого возраста.
2. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у лиц пожилого возраста.
3. Принципы диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с хроническим гастритом.
4. Принципы диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с язвенной болезнью.
5. Принципы диагностики, лечения и наблюдения пациентов с раком желудка
6. Принципы диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов хроническим панкреатитом.
7. Принципы диагностики, лечения и диспансерного наблюдения пациентов с хроническим гепатитом.
8. Особенности ведения пациентов с запором в пожилом и старческом возрасте.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков освоение манипуляций (диагностика, лечение, диспансерное наблюдение пациентов с гастроэнтерологической патологией), освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя*

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Установите клинический диагноз.
4. Дайте рекомендации по образу жизни.
5. Назначьте медикаментозное лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1. Больная А., 45 лет обратилась к врачу с жалобами на изжогу, усиливающуюся при наклоне туловища и в горизонтальном положении; отрыжку кислым; периодически возникающие интенсивные жгучие боли за грудиной и под мечевидным отростком, продолжительностью от 3 до 20 минут, не связанные с физической нагрузкой и не купирующиеся нитроглицерином. Указанные симптомы беспокоят около 2 лет. В последние две недели выраженность и продолжительность симптомов увеличилась. Лечилась самостоятельно, принимала раствор соды, гастрал. Желтухой, туберкулезом, малярией, тифами, сифилисом не болела. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Курит 18-20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет по праздникам, не более 100-150 мл сухого вина. Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает. Беременностей – 4, родов – 2, медицинских абортов – 2, менопауза – с 50 лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены. Рост 168 см, вес 90 кг. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отеков нет. ЧД – 15 в 1 мин. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, 65 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, в ротовой полости есть кариозные зубы, слизистая ротоглотки бледно-розовой окраски, миндалин не увеличены. Живот обычных размеров, симметричен, участвует в акте дыхания. Окружность на уровне пупка 135 см. При пальпации живот мягкий, безболезненный, сигмовидная, слепая и поперечно-ободочная кишки пальпируются соответственно обычному расположению, безболезненные. Перкуторно определяется тимпанический звук без притуплений в отлогих местах живота. Край печени не выступает из-под правой реберной дуги по правой срединноключичной линии, размеры печени по Курлову 10-8-6 см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Результаты дополнительных методов исследования.

Анализ крови общий. Эритроциты – 4,3 Т/л, гемоглобин – 130 г/л, ЦП – 0,97. Лейкоциты – 5,3 Г/л. Нейтрофилы: палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 63%. Эозинофилы – 1%, лимфоциты – 28%, моноциты – 7%. СОЭ – 18 мм/ч.

Анализ мочи общий. Цвет – соломенно-желтый, реакция – кислая, прозрачная, уд. вес 1018, белка – 0,066 г/л, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроцитов, цилиндров – нет, эпителий пл. 3-4 в п/зр., слизь +. Реакция Грегерсена – отрицательная.

ЭКГ. Электрическая ось сердца не отклонена. Частота сердечных сокращений – 65 уд/мин. Ритм синусовый, правильный. Вегетативные влияния на миокард.

ФЭГДС. Пищевод свободно проходит. Слизистая оболочка средней и нижней трети пищевода отечна, гиперемирована, в нижней трети пищевода – единичные эрозии. В желудке натошак слизи. Складки расправляются, перистальтика прослеживается. Угол и антральный отдел свободны. Слизистая антрального отдела гиперемирована, отечна, с единичными мелкими эрозиями. Экспресс тест НР +. Привратник проходит. Луковица ДПК без особенностей.

Рентгеноскопия пищевода и желудка. Выявляется обратный заброс бария из желудка в пищевод.

Эталоны ответов: 1. ГЭРБ. ГПОД. ИБС. Стенокардия напряжения. 2. ОАК, ОАМ, анализ кала на скрытую кровь, ФЭГДС, рентгеноскопия пищевода и желудка с барием, ЭКГ. 3. ГЭРБ. Рефлюкс-эзофагит I ст. Хронический гастрит, ассоциированный с НР, фаза обострения. 4. Прекращение курения и употребления спиртных и газированных напитков, нормализация массы тела, отказ от приема острой, очень горячей или очень холодной пищи, употребления кислых фруктовых соков, продуктов, усиливающих газообразование, а также лука, чеснока, перца, жиров, шоколада. Избегать переедания, тесной одежды, тугих поясов. Последний прием пищи должен быть не позднее, чем за несколько часов до сна. Нельзя лежать после еды в течение 1,5 часов. Нежелательным является прием препаратов, снижающих тонус НПС (теофиллина, прогестерона, антидепрессантов, нитратов, антагонистов кальция), а также оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку пищевода (нестероидные противовоспалительные средства, доксициклин, хинидин). Спать с приподнятым головным концом кровати (на 15-20 см) с помощью подставок. Воздерживаться от физических упражнений, связанных с наклонами туловища, избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса. 5. Омепразол 20 мг 2 раза в день + кларитромицин 250 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день – 10 дней. Антациды для купирования болей и изжоги. Домперидон 10 мг 4 раза в сутки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 2. В приемное отделение городской больницы по неотложной помощи поступила больная 70 лет, с жалобами на появление отеков на лице, боли в мышцах, поперхивание при глотании, срыгивание пищи, сухость во рту, ощущение песка в глазах, запоры, зябкость и онемение рук, боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, одышку в покое. Заболевания началось 10 лет назад с онемения и побледнения пальцев рук ("мертвый палец"), особенно на холоде. Спустя 2 года появились боли в мышцах, и постепенно стала развиваться их атрофия. В последние 2 дня стали нарастать одышка, боли в сердце, отеки на ногах. Гепатит, туберкулез, малярию, тифы, венерические заболевания отрицает. Кровь не переливали. Травм, операций не было. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Беременностей – 2, роды – 1, медицинский аборт – 1. Менопауза с 43 лет. При поступлении: состояние тяжелое, сознание ясное. Положение ортопноэ. Лицо амимично. Кожа на пальцах рук и ног атрофична, местами незначительно уплотнена. Пальпируемые лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Молочные железы визуально не изменены, при пальпации уплотнений не выявлено. Отек нижних конечностей и поясничной области. Отмечается выраженная деформация кистей рук, кожа отечная, плотная, кисть трудно сжать в кулак, ногти утолщены, с поперечной исчерченностью. Мышцы атрофичны и плотны. ЧД - 36 в 1 минуту. Над легкими коробочный звук, справа ниже IV ребра определяется притупление, ослабленное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 89-92 в 1 минуту, аритмичный. АД 132/86 мм рт. ст. Левая граница сердца - на 2,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии; правая - на 1 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя - III ребро. При аускультации I тон ослаблен, систолический шум на верхушке, акцент и расщепление II тона на легочной артерии. Живот увеличен за счет свободной жидкости. Печень плотная, болезненная, выступает на 4 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову 13-10-9 см. Олигурия. Симптом Пастернацкого отрицательный. Щитовидная железа не пальпируется.

Анализ крови общий. Эритроциты – 2,6 Т/л, гемоглобин – 82 г/л. Лейкоциты – 4,0 Г/л. Нейтрофилы: палочкоядерные - 2%, сегментноядерные - 70%. Эозинофилы - 2%, лимфоциты - 19%, моноциты - 7%. СОЭ - 23 мм/ч.

Анализ мочи общий. Прозрачная, кислая, удельный вес - 1015, белок – 0,156. Лейкоциты – 4-6-8 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 8-10-12 в поле зрения, эритроциты – 2-4-6 в поле зрения.

Анализ крови биохимический. Общий белок – 75 г/л, холестерин – 3,8 ммоль/л, СРБ ++, билирубин общий - 28 мкмоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, мочевины – 4,72 ммоль/л, АСТ – 98 МЕ/л, АЛТ – 109 МЕ/л. Анти Scl-70 антитела +.

ЭКГ. PQ=0,23 сек, зубцы Т в грудных отведениях уплощены.

Рентгенограмма кистей рук. Участки кальциноза в подкожной клетчатке, преимущественно концевых отделов пальцев рук. Остеолиз ногтевых фаланг пальцев кистей, околосуставной остеопороз.

Рентгенограмма органов грудной полости. Кардиомегалия. Базальный пневмосклероз. Интенсивное гомогенное затемнение справа с четкой косой верхней границей.

Рентгенограмма пищевода с контрастированием. Дилатация пищевода.

Широкопольная капилляроскопия ногтевого ложа. Расширение и извитость капиллярных петель, уменьшение числа капилляров "аваскулярные поля", геморрагии.

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Установите клинический диагноз.
4. Дайте рекомендации по образу жизни.
5. Назначьте медикаментозное лечение.

Ситуационная задача 3.

Больной М., 47 лет, жалобы: на сильный приступ болей в верхней половине живота, опоясывающего характера, многократную рвоту, расстройство стула, стул более 3-х раз в течение суток с обильным количеством каловых масс серой окраски и каплями жира. Отмечает жажду, сухость во рту. Больным себя считает в течение одного-двух лет, когда после погрешности в диете и злоупотребления алкоголем стали возникать подобные приступы болей с иррадиацией в спину, левую половину грудной клетки. Боль сопровождалась рвотой, расстройством стула. В поликлинику не обращался, самостоятельно принимал баралгин, дротаверин. За последние два месяца подобные приступы болей возникали трижды. При поступлении: сознание ясное, состояние больного средней степени тяжести. Тургор кожи снижен, кожные покровы и видимые слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное 18 в минуту, сердце — границы умеренно расширены влево, аускультативно — тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС — 80 уд/мин, АД — 110/70 мм рт. ст. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, резко болезнен в эпигастриальной области и особенно в левом подреберье. Положительные симптомы Мейо-Робсона, Гротта. Печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: Нв — 156 г/л. Эр — 5,2 x 10¹²/л, Л — 10,5 x 10⁹/л, СОЭ — 24 мм/ч. Сахар крови 7,7 ммоль/л. Общий анализ мочи: уд. вес — 1025, белок отриц.,

сахар отриц., лейкоциты — ед. в поле зрения, эр — 0—1 в поле зрения, эпителий плоский — до 5 в поле зрения. Амилаза мочи 0,6 МЕ/мин (норма 0,04 - 0,3 МЕ/мл).п

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Установите клинический диагноз.
4. Дайте рекомендации по образу жизни.
5. Назначьте медикаментозное лечение.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	

В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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*

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы при старении.
2. ГЭРБ у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
3. Хронические гепатиты у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
4. Хронический панкреатит у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
5. Язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
6. Дивертикулярная болезнь кишечника у лиц пожилого и старческого возраста: клинические проявления и осложнения, диагностика, тактика ведения пациентов.
7. Стеатозная болезнь печени у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
8. ЖКБ у лиц пожилого и старческого возраста: особенности диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Блок I

1. Основной патогенетический фактор язвенного поражения желудка у пожилых людей
 - а) повышение кислотности желудочного сока
 - б) психоэмоциональный фактор
 - в) склероз сосудов ЖКТ
 - г) острый гастрит
2. Одна из причин запоров у пожилых пациентов
 - а) повышение ферментативной активности ЖКТ
 - б) малоподвижный образ жизни
 - в) уменьшение длины кишечника
 - г) усиление перистальтики кишечника
3. Возрастные особенности пищеварительной системы у пожилых людей
 - а) уменьшение длины пищевода
 - б) гипертрофия секреторного аппарата
 - в) атрофия секреторного аппарата

г) усиление моторной функции ЖКТ

4. Ранний симптом рака желудка

- а) снижение массы тела
- б) быстрая насыщаемость
- в) отвращение к пище
- г) боль в эпигастральной области

5. Значение измельчения пищи для пациентов старших возрастных групп

- а) способствует ее легкой ферментативной доступности
- б) сокращает время приема пищи
- в) уменьшает выделение инсулина в кровь
- г) стимулирует перистальтику кишечника

6. 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

7. Наиболее информативным методом диагностики онкопатологии поджелудочной железы является

- а) рентгенологический
- б) ультразвуковой
- в) биохимический
- г) компьютерная томография

8. Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно

- а) копрологическое исследование
- б) ректороманоскопия
- в) биохимическое исследование крови
- г) рентгенологические данные

9. Секретию панкреатического сока наиболее активно стимулируют

- а) соматостатин
- б) секретин
- в) гастрин
- г) холецистокинин

10. Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является

- а) развитие сахарного диабета
- б) снижение функции внешней секреции
- в) повышение билирубина
- г) повышение активности аминотрансфераз

11. Больному хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью для лечения показаны

- а) ферментные препараты
- б) антациды
- в) гепатопротекторы
- г) аглютеновая диета

1	в	4	в	7	г	10	б
2	б	5	а	8	а	11	а; г
3	в	6	а; в	9	б, г		

Блок 2

Выполнить тестовые задания: Инструкция: Выберите один правильный ответ

1. У мужчины 54 года наблюдаются тяжёлая изжога, ночной кашель. При обследовании выявлен рефлюкс-эзофагит 2-3 степени тяжести согласно эндоскопической классификации. В комплексную терапию целесообразно включать все препараты, кроме:

- а) рабепразола
- б) итоприда
- в) антацидов-альгинатов
- г) *антидепрессантов

2. Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на стойкий кожный зуд, особенно по ночам, периодические ноющие боли в области правого подреберья, боли в суставах и мышцах, интенсивную слабость. Ранее не обследовалась. При объективном исследовании кожные покровы темно-желтой окраски, сухие, следы расчесов, ксантомы. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, плотной консистенции. Селезенка незначительно увеличена в размере. В анализах крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ, гипербилирубинемия, значительное понижение щелочной фосфатазы. Предполагаемый диагноз:

- а) хронический холестатический гепатит
- б) * первичный билиарный цирроз печени
- в) рак печени
- г) калькулезный холецистит.

3. Пациенту 59 лет, страдающему ишемической болезнью сердца и ожирением, проведена холецистэктомия с интраоперационной холангиографией. На 5-е сутки появилась одышка, боли в груди, кровохарканье. Температура 37,2 градуса С, АД 110/70 мм рт. ст. Частота пульса 110 уд/мин. При рентгенологическом исследовании обнаружены множественные небольшие очаговые тени и однородное затемнение, совпадающее по наложению и форме с частью сегментом легкого. Наиболее вероятной причиной является :

- а) бронхопневмония
- б) отек легкого вследствие инфаркта миокарда
- в) ателектазах нижней доли левого легкого
- г) *эмболия мелких сосудов

4. У больного с активным первичным билиарным циррозом печени ухудшилось состояние: появилась сонливость, спутанное сознание, усилилась желтуха, уменьшилась в размерах печень, изо рта сладковатый запах. через некоторое время больной потерял сознание дыхание Куссмауля, арефлексия. какое осложнение развилось у больного?

- а) холестаз
- б) *печеночная кома
- в) желудочно-кишечное кровотечение
- г) портальная гипертензия

5. Наиболее частая причина развития псевдомембранозного колита в многопрофильном стационаре:

- а) контакт с заболевшими в условиях стационара
- б) *применение антибиотиков или суперинфекция при выполнении медицинских манипуляций
- в) пищевая токсикоинфекция

- г) применение антибиотиков и противовирусных препаратов при выполнении медицинских манипуляций

6. У пациента с гепатитом А в остром периоде болезни определяются следующие серологические маркеры:

- а) HbsAg
- б) anti-HB cor IgM
- в) *anti-HAV IgM
- г) anti-HCV IgM

7. По содержанию какого фермента рассчитывают дозу ферментных препаратов:

- а) Амилазы
- б) Липазы*
- в) Протеазы
- г) Трипсина

8. Пациент Р., 46 лет, поступил в приемное отделение больницы с жалобами на появление черного стула, дискомфорт в эпигастрии после еды. В анамнезе – длительно существующая язвенная болезнь, язвы двенадцатиперстной кишки, с частыми обострениями. По поводу последнего обострения получает квадротерапию на основе висмута. При обследовании: АД – 120/80 мм.рт.ст., пульс – 72 в минуту, в клиническом анализе крови – Hb – 147 г/л. Что можно заподозрить у пациента:

- а) Кровотечение из язвы
- б) Малигнизацию язвы
- в) Потемнение стула вследствие лечения препаратами висмута*
- г) Стеноз привратника

9. Пациент А., 35 лет с профузным поносом в результате после употребления пирожного с кремом, которое хранилось в течение дня в комнатной температуре, стал отмечать появление слабости, перебоев в работе сердца. Данные жалобы могут быть вызваны:

- а) Развитием гипокалиемии в результате диареи*
- б) Развитием гиперкальциемии в результате диареи
- в) Развитием гипонатриемии в результате диареи
- г) Развитием гипопроотеинемии в результате диареи

10. Симптом «ниши» - это рентгенологический признак:

- а) Атрофического гастрита
- б) Гастростаза
- в) Полипа или рака желудка
- г) Язвы желудка*

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
2. Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

Дополнительная:

1. Гериатрическая гастроэнтерология. Руководство для врачей. Серия: Библиотека врача-гериатра. [Электронный ресурс]/Под редакцией: Хорошиной Л. П.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – : <https://www.labirint.ru/books/848419/>
2. Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>
3. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального российского кардиологического общества <http://www.scardio.ru/>
7. Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.3: Болезни эндокринной системы в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с патологией эндокринной системы.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам с патологией эндокринной системы на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики принципы лечения и особенности патологии эндокринной системы;
- изучить алгоритм ведения пациентов при патологии эндокринной системы в амбулаторных условиях с применением положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики заболеваний эндокринной системы, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения врачом общей практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и

диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Теоретические основы охраны здоровья и организация эндокринологической помощи в Российской Федерации.
2. Механизмы действия и взаимодействия гормонов.
3. Метаболизм и инактивация гормонов.
4. Структура и функции эндокринной системы. Система отрицательной обратной связи.
5. Морфофункциональные особенности эндокринной системы при старении.
6. Гипотиреоз, особенности диагностики и ведения пациентов в общей врачебной практике.
7. Амiodарон-индуцированный тиреотоксикоз.
8. Сахарный диабет, особенности диагностики в общей врачебной практике.
9. Сахароснижающая терапия.
10. Роль врача общей практики в выявлении и ведении пациентов с остеопорозом.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя)*

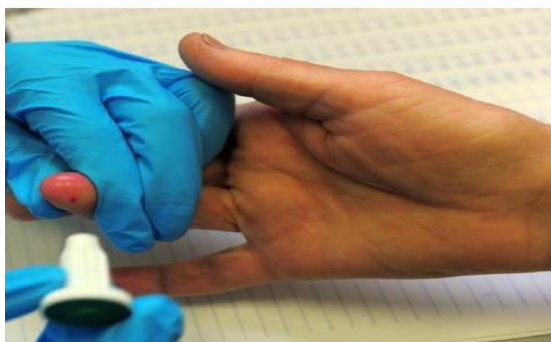
1. *Выполнить задание:* Инструкция: 1) Изучить алгоритм глюкометрии (см ниже СОП);
- 2) Провести 5 исследований

Алгоритм измерения глюкозы: Стандартная операционная процедура «Определение глюкозы»	
1. Цель: Определение уровня глюкозы свежей капиллярной крови.	
2. Область применения: клинические отделения	
3. Определение:	
Глюкометр – прибор для количественного определения уровня глюкозы свежей капиллярной крови с помощью тест-полоски. 1.Ресурсы/оснащение:	
1) глюкометр;	
2) медицинский спирт и вата или спиртовые салфетки;	
3) тест-полоски;	

- 4) ручка или скарификатор для прокола кожи;
- 5) антисептическое мыло и кожный антисептик;
- 6) нестерильные перчатки;
- 7) КБСУ для медицинских отходов класса Б.
- 8) Документирование: Медицинская карта стационарного больного.

2. Основная часть процедуры:

- 9) Представить себя пациенту;
- 10) Провести идентификацию пациента согласно правилам;
- 11) Подготовить спирт и ватный тампон или спиртовую салфетку;
- 12) Объяснить пациенту ход процедуры;
- 13) Перед непосредственным измерением необходимо проверить, чтобы код на флаконе и на тест-полоске совпадали с кодом на дисплее глюкометра. Если наблюдаются различия, то необходимо перекодировать прибор;
- 14) Перед процедурой провести обработку рук согласно рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций;
- 15) Надеть нестерильные перчатки, обработать спиртом;
- 16) Помассировать палец пациента перед тем, как брать кровь из пальца;
- 17) Обработать палец пациента ватным тампоном, смоченным спиртом или спиртовой салфеткой;
- 18) Отрегулировать и натянуть пружину ручки;



19) Приложить к коже ручку для прокола или проколоть кожу скарификатором;

20) Забор крови осуществляется краями тест-полоски, а не плоскостью. Поэтому каплю необходимо подносить именно к краю тест-полоски. Кровь будет втягиваться в тест-полоску автоматически. Этому поспособствуют капиллярные силы;

21) Вставить в прибор тест-полоску с кровью пациента, после чего он

самостоятельно включится.

- 22) Приблизительно через 10 секунд измерение завершено. На дисплей выводится результат измерения (прибор сохраняет этот результат);
- 23) Вытащить использованную тест-полоску, затем прибор выключится самостоятельно.
- 24) После проведения исследования использованную тест-полоску утилизировать в емкость для сбора медицинских отходов класса Б;
- 25) Зафиксировать спиртовую салфетку (вату) на пальце пациента, где был осуществлен прокол;
- 26) Снять перчатки, утилизировать в КБСУ для медицинских отходов класса «Б»;
- 27) Провести обработку рук согласно рекомендациям по обработке рук сотрудников медицинских организаций;

Примечания:

- 1) Доставать тест-полоску нужно непосредственно перед процедурой измерения глюкозы крови.
- 2) Коды тест-полоски и глюкометра должны быть идентичными.
- 3) Не следует слишком глубоко прокалывать кожу, чтобы не повредить ткани.
- 4) Слишком большая капля крови может исказить результат, поэтому не следует специально выдавливать ее или капать на тест-полоску больше чем положено.

5) Не следует брать первую каплю крови, ее лучше просто убрать спиртовой салфеткой (ватой).

Капля крови не должна быть смазанной, иначе тест-полоска ее не впитает.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Ознакомьтесь с клинической ситуацией
2. Ответьте на вопросы (предварительный диагноз, осложнения и их причина развития; патогенетические механизмы развития данного заболевания; какие проявления необходимо учитывать при составлении плана ведения пациента)

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 1. Пациент Д., 70 лет жалуется на сухость во рту, периодическую жажду. Болен сахарным диабетом 2 типа в течение 5 лет. Диету не соблюдает, сахароснижающие препараты принимает не регулярно. Последние полгода беспокоят боли в ногах, преимущественно в ночное время, чувство жжения, онемения, ползания «мурашек». Объективно: повышенного питания, с преимущественным отложением жира в области живота, гипотрофия мышц голени. Язык сухой.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое осложнение имеет место у данного пациента.
3. Назовите причину развития данного осложнения.
4. Назовите патогенетические механизмы развития данного заболевания.
5. Какие проявления необходимо учитывать при составлении плана ведения пациента

Эталон ответа.

1. Сахарный диабет 2 типа, некомпенсированный.
2. Диабетическая полинейропатия.
3. Длительная некомпенсация углеводного обмена
4. При гипергликемии увеличивается концентрация глюкозы внутри нерва, из нее метаболизируется сорбитол, который приводит к отеку аксонов. Микроангиопатия *vasa nervorum* ведет к гипоксии аксонов. Гипергликемия сопровождается гликолизированием мембран нервных клеток.
5. Диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, диабетическая стопа.

Ситуационная задача 2. Пациентка К. 74 лет на приеме у эндокринолога предъявляет жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание. Анамнез: СД 2-го типа диагностирован 12 лет назад, при стационарном лечении по поводу гипертонической болезни (максимальный подъем АД более 180/100 мм рт. ст.). В ходе обследования на тот момент, согласно выписному эпикризу, выявлены высокие показатели гликемии (натощак 9 ммоль/л). Была назначена таблетированная сахароснижающая терапия: глибенкламид 3,5 мг по 2 раза в сутки, метформин 850 мг по 2 раза в сутки. Со слов пациентки, за весь период болезни показатели гликемии при контроле находились в пределах от 8 ммоль/л до 12 ммоль/л (данные самоконтроля). Несмотря на проводимую в дальнейшем многокомпонентную сахароснижающую терапию максимальными дозами ПССП, соблюдение рекомендаций по диете и физической активности, достичь целевых показателей углеводного обмена не удалось. Перенесла острое нарушение мозгового кровообращения 3 года назад. Физикальные данные: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Рост — 165 см, вес — 99 кг, ИМТ — 36 кг/м². Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧДД — 16 в минуту, ЧСС — 65 уд/мин, АД — 150/80 мм

рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Лабораторные данные: Гликемический профиль, ммоль/л: HbA1c — 12%.

Общий анализ крови: • гемоглобин 120 г/л; • эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л; • тромбоциты 284×10^9 /л; • лейкоциты $8,5 \times 10^9$ /л; • СОЭ 9 мм/ч.

Биохимический анализ крови: • глюкоза натощак 13 ммоль/л; • общий белок 73 г/л; • мочевины 50 ммоль/л; • креатинин 105 мкмоль/л, рСКФ 46 мл/мин/1,73 м² • ХС общий 5,1 ммоль/л, ЛПВП 1,5 ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, ТГ 2 ммоль/л; • АЛТ 30 Ед/л, АСТ 27,6 Ед/л, ЩФ 79 Ед/л.

Общий анализ мочи: • относительная плотность 1017; • глюкозурия 28 ммоль/л; • белок отсутствует; • лейкоциты 1–2 в поле зрения; • эритроциты отсутствуют; • кетоны отсутствуют.

Данные инструментальных исследований: При осмотре глазного дна выявлены: дилатация капилляров, окклюзия капилляров, микроаневризмы, кровоизлияния, твердые экссудаты.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Предложите план дальнейшего обследования и мониторинга пациента. 3. Определите тактику лечения. 4. Назовите классы сахароснижающих препаратов и возможные варианты комбинированной терапии.

Ситуационная задача 3. Пациентка А. 65 лет обратилась к поликлинику с жалобами на снижение веса, аппетита, мышечную слабость, перебои в работе сердца. Анамнез: Вышеперечисленные жалобы беспокоят уже длительное время, пациентка особого внимания им не придавала, связывая их с возростом, переутомлением. Возникновение тахикардии, чередующееся с субъективным ощущением остановки сердца, обеспокоило больную и заставило в этот же день обратиться к врачу. Пациентка длительное время состояла на учете у эндокринолога по поводу многоузлового зоба. Функциональную активность щитовидной железы контролировала не регулярно. Последнее гормональное исследование крови и УЗИ щитовидной железы было проведено в прошлом году. При расспросе о том, какие лекарственные препараты пациентка принимает на данный момент, удалось выяснить, что помимо гипотензивной терапии, недавно начала принимать БАД с повышенным содержанием йода. *Физикальные данные:* Больная суетлива, склонна к плаксивости, пониженного питания. Кожные покровы бархатистые, теплые. Отмечается мелкий тремор вытянутых кистей рук. Рост 154 кг, вес 45 кг, ИМТ 18,9 кг/м². При пальпации щитовидная железа безболезненная, неоднородной консистенции, в левой доле пальпируются два узловых образования, безболезненных. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. АД 140/70 мм рт. ст., пульс около 110 в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул частый, неоформленный (со слов больной).

Лабораторные данные: Общий анализ крови: • гемоглобин 122 г/л; • эритроциты $3,89 \times 10^{12}$ /л; • тромбоциты 234×10^9 /л; • лейкоциты $6,6 \times 10^9$ /л; • СОЭ 5 мм/ч. Биохимический анализ крови: • глюкоза натощак 4,5 ммоль/л; • общий белок 60 г/л (66–83); • мочевины 43 ммоль/л; • креатинин 68,7 мкмоль/л; • ХС общий 4,7 ммоль/л, ЛПВП 1,5 ммоль/л, ЛПНП 3,0 ммоль/л, ТГ 1,7 ммоль/л; • АЛТ 22,4 Ед/л, АСТ 18,6 Ед/л, ЩФ 80 Ед/л. Общий анализ мочи: • относительная плотность — 1015; • белок отсутствует; • глюкоза отсутствует; • лейкоциты — 1–2 в поле зрения; • эритроциты отсутствуют. Гормональное исследование крови: • ТТГ 0,02 мкМЕ/мл; • Т4 свободный 35,2 пмоль/л (9,0–22,2). Антитела к рецепторам ТТГ: менее 1 МЕ/л (норма менее 1 МЕ/л). Данные инструментальных методов исследования: УЗИ щитовидной железы: эхокартина диффузной неоднородности ткани железы, пониженной эхогенности. В левой доле — два гипозоногенных неоднородных узловых образования, с ровными контурами, размерами 10x12x9 мм и 11x10x13 мм. В правой доле узловые образования не выявлены. Суммарный объем железы — 18 см³. ЭКГ: характеризуется отсутствием зубцов Р во всех отведениях, регистрацией f-волн (волн фибрилляции), неизменным комплексом QRS, ЧСС от 90 до 120 уд/мин.

Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Предложите план дальнейшего обследования. 3. Определите тактику лечения. 4. Назовите обследования, необходимые для дальнейшего мониторинга пациентки.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ

		НА
		ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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

1. Особенности диагностики эндокринных заболеваний в старшей возрастной группе.
2. Особенности диагностики нарушений функции щитовидной железы.
3. Заболевания надпочечников. Вторичная артериальная гипертензия.
4. Сахарный диабет у беременных .
5. Инсулинотерапия в пожилом возрасте.
6. Неотложные состояния при заболеваниях надпочечников.
7. Тиреотоксический криз, тактика врача общей практики.
8. Гипогликемическая кома, тактика врача общей практики.
9. Гипергликемическая кома, тактика врача общей практики.
10. Гипопаратиреоидный криз, тактика врача общей практики.
11. Гиперпаратиреоидный криз, тактика врача общей практики.
12. Острая апоплексия гипофиза, тактика врача общей практики.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В патогенезе саркопении играет роль снижение
 - а) эстрогенов
 - б) тестостерона
 - в) гормона роста
 - г) инсулиноподобного фактора роста-1
 - д) ТТГ
 - е) паратгормона
 - ж) пролактина

2. У больных, страдающих сенильным остеопорозом, рекомендуется

определение:

- а) паратгормона
- б) гастрин
- в) кальцитонин
- г) эстрадиола

3. Терапевтической целью лечения при сахарном диабете у пожилых функционально независимых пациентов без атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний и/или риска тяжелой гипогликемии является гликированный гемоглобин менее ____%

- а) 8
) ,
5
- б) 7
) ,
0
- в) 8
) ,
0
- г) 7
) ,
5

4. Начальная доза заместительной терапии левотироксином у пожилого пациента с гипотиреозом составляет:

- а) 25 мкг
- б) 50 мкг
- в) 75 мкг
- г) 82,5 мкг

5. С целью проведения тиреостатической терапии применяют ____:

- а) тиамазол
- б) пропитилиоурацил
- в) левотироксин
- г) лиотиронин

6. Маркерами ремоделирования кости являются:

- а) щелочная фосфатаза;
- б) С-терминальный телопептид;
- в) остеокальцин;
- г) пиридинолин;

7. Нарушению глюкозы натощак соответствует гликемия капиллярной крови (ммоль/л):

- а) 3,3-5,5;
- б) < 5,5 и > 6,2;
- в) > 6,0 и < 7,0;
- г) > 5,6 и < 6,1;

8. Определение гликозилированного гемоглобина при сахарном диабете позволяет врачу провести:

- а) оценку среднего уровня гликемии за 1-3 недели;
- б) оценку эффективности проводимой в течение 2-3 месяцев сахароснижающей терапии;
- в) выявление гестационного диабета;
- г) необходимую коррекцию лечебных мероприятий;

9. Для гиперлактацидемической комы характерно:

- а) повышение в крови молочной кислоты;
- б) повышение уровня бикарбонатов, резервной щелочности и рН крови;
- в) отсутствие гиперкетонемии и кетонурии;
- г) снижение коэффициента лактат/пируват;

10. Первая помощь при легкой гипогликемии у больного сахарным диабетом включает:

- а) прием легкоусвояемых (простых) углеводов в количестве 1-2 ХЕ
- б) в/в струйное введение 40% раствора глюкозы в количестве 20-100 мл
- в) в/в капельное введение 5% раствора глюкозы
- г) п/к введение 1 мл глюкагона

ОТВЕТЫ:

1	а;б;в;г	4	а	7	г	9	а; в
2	а	5	а; б	8	б; г	10	а
3	г	6	а; в				

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Дополнительная:

1. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Н. А. Абрамова и др.] ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 752 с. : ил.
2. Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>
3. Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
4. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
5. Гериатрия. Национальное руководство. [Электронный ресурс]/Под редакцией О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно., 2-е изд., перераб. и доп. - Москва:«ГЭОТАР-МЕДИА», 2023. – 720 с.

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра (РГНКЦ) Минздрава России <http://rgnkc.ru/>.
3. Сайт Института биорегуляции и геронтологии РАМН –URL: <http://gerontology.ru>
4. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической

медицины <http://www.gnicpm.ru/>.

5. Сайт Российской ассоциации геронтологов и гериатров <https://rosagg.ru/speczialistam/materialy/klinicheskie-rekomendaczii>
6. Сайт национального российского эндокринологического центра <https://www.endocrincentr.ru/obshchaya-informaciya>
7. Сайт российской ассоциации эндокринологов <https://rae-org.ru/>

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

6.4. Болезни органов дыхания в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам с патологией дыхательной системы на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики принципы лечения и особенности заболеваний дыхательной системы;
- изучить алгоритм ведения пациентов при патологии дыхательной системы в амбулаторных условиях с применением положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики заболеваний дыхательной системы, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения врачом общей практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Теоретические основы охраны здоровья и организация пульмонологической помощи в Российской Федерации.
2. Внебольничная пневмония. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
3. Острый и хронический бронхит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
4. ХОБЛ. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
5. Бронхиальная астма. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
6. Интерстициальные болезни легких. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практического навыка пикфлоуметрии), освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя.

Алгоритм практического навыка пикфлоуметрии

1.	Объяснил значимость проведения процедуры
2.	Показал пациенту подготовку пикфлоуметра: установил стрелку на исходный уровень (на «0»), а также вставил одноразовый мундштук
3.	Объяснил пациенту его положение при проведении пикфлоуметрии
4.	Попросил больного взять пикфлоуметр в руки горизонтально, вдохнуть как можно глубже, а затем плотно обхватив мундштук губами, сильно и быстро, как можно резче сделать выдох, не закрывая просвет мундштука языком
5.	Объяснил, что тест нужно повторить трижды. Если это необходимо, между попытками обследуемый должен отдохнуть
6.	В медицинскую документацию внесен максимальный результат ПСВ
7.	Оценил показатели ПСВ (сравнение либо с нормой, либо с лучшими показателями пациента)

Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:* ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Пациентка 53-х лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на выраженную слабость, на повышение температуры тела, одышку, кашель с мокротой. При расспросе выяснено, что самочувствие ухудшилось около двух дней назад, когда появились вышеперечисленные симптомы, поднялась температура до 39,0°C.

При общем осмотре состояние средней степени тяжести, температура 38,0°C. Кожные покровы бледные, влажные. При перкуссии укорочение перкуторного звука в области верхней доли правого легкого. При аускультации в области верхней доли правого легкого выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания – 27/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Артериальное давление – 132/84 мм рт.ст., пульс ритмичный, 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

При рентгенографии органов грудной клетки определяется инфильтрация в области верхней доли правого легкого.

Общий анализ крови: лейкоциты – $11,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы – 12%.

В анамнезе сахарный диабет 2 типа.

Ведущие жалобы на интоксикацию и кашель с одышкой. Синдром – инфильтрации легочной ткани. Предварительный диагноз: внебольничная пневмония верхней доли правого легкого, нетяжелого течения.

ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендована госпитализация в терапевтический стационар. При отказе – назначение лечения антибактериальными препаратами не позднее 4 час от постановки диагноза.

В случае, если у пациента нет факторов риска инфицирования полирезистентными стрептококками и отсутствуют аллергические реакции на амоксициллин:

1. Амоксициллин по 500 мг 3 раза в день независимо от приема пищи с контролем эффективности терапии через 48-72 час.
2. Амброксол по 30мг 3 раза в день.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Вызов ВОП на дом. Больной К., 56 лет, рабочий. Жалобы на кашель с небольшим количеством мокроты слизисто-гнойного характера, повторяющиеся ознобы, выраженную потливость, повышение температуры тела до 39,7°C.

Заболел 2 дня назад остро после переохлаждения. Дома безуспешно лечился амбулаторно антибактериальными таблетированными средствами.

Из анамнеза: последние 7 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. На фоне приема 2 таблеток манинила в дозе 5 мг гликемия - 6,7 - 8,2 ммоль/л, глюкозурия - 0 - 0,5%.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, отмечается гипергидроз. Окружность живота 103 см. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. С уровня VII ребра между передней подмышечной и паравerteбральной линиями определяется притупление перкуторного звука. Аускультативно там же резко ослаблены дыхательные шумы. ЧД - 26 в 1 минуту. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. Пульс 120 уд/мин., АД - 100/60 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, кран плотный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Общий анализ

крови: эр. - $4,8 \times 10^{12/l}$, Нв - 132 г/л, Ц.п. - 0,95, лейкоц. - $12 \times 10^9/l$, э. - 2, п. - 12, сегм. - 50, лимф. - 28, мон. - 8, СОЭ - 60 мм/час.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Больной В., 18 лет, учащийся техникума, проходит медкомиссию по направлению призывной комиссии РВК. Жалобы на упорный кашель, усиливающийся по утрам, с выделением гнойной мокроты с прожилками крови, частые эпизоды лихорадки (до 38°C), слабость, снижение работоспособности.

Из анамнеза: в раннем детстве перенес коклюш, корь. Трижды лечился по поводу очаговой пневмонии. Кровохарканье - последние 8 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, пониженного питания. Отмечаются пальцы в виде барабанных палочек и ногти в виде часовых стекол. Левая сторона грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, несколько притупленный слева в нижних отделах. Аускультативно - дыхание жестковатое, слева ниже угла лопатки большое количество разнокалиберных влажных хрипов, изменяющих характер после кашля. Там же участки шума трения плевры. ЧД - 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД - 120/80 мм рт. ст., пульс - 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: эр. - $3,6 \times 10^{12/l}$, Нв - 108 г/л, Цп - 1,0, лейкоц. - $9,6 \times 10^9/l$, э. - 1, п. - 10, сегм. - 59, лимф. - 24, мон. - 6, СОЭ - 28 мм/час.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Вызов ВОП к больному Л., 28 лет, жалобы на затянувшийся приступ удушья, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, резкую слабость, сердцебиение.

Из анамнеза известно, что страдает приступами удушья около 10 лет. Обострения заболевания наблюдаются в осенне-зимний период. За последний год 5 раз лечился стационарно. Постоянно принимает поддерживающую дозу глюкокортикоидов (10 мг в сутки). В межприступный период беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Последнее обострение связывает с перенесенным ОРЗ, когда участились приступы удушья, усилилась одышка, перестала отходить мокрота. За сутки до обращения более 15 раз пользовался ингалятором сальбутамолом.

Объективно: общее состояние тяжелое, больной возбужден, отмечается общий гипергидроз и диффузный цианоз кожных покровов. Положение тела вынужденное - сидя с фиксированным плечевым поясом. Дыхание шумное, 40 в 1 мин., дистанционные хрипы, резко затруднен выдох. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха. Перкуторно - легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца глухие, тахикардия 110 в 1 мин. АД - 110/60 мм рт. ст. Со стороны желудочно-кишечного тракта патологии не выявлено. Через 1 час при аускультации легких - количество сухих хрипов резко уменьшилось, дыхательные шумы почти не выслушиваются.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Вызов ВОП к больной Ф., 36 лет. Жалобы на затянувшийся приступ удушья, одышку с затруднением выдоха, мучительный кашель с выделением малого количества стекловидной мокроты, потливость, сердцебиение, слабость.

Из анамнеза известно, что приступы удушья беспокоят около 3-х лет, возникают преимущественно дома, по ночам. Перед приступами наблюдается обильное выделение жидкого водянистого секрета из носовых ходов, першение в гортани. Для облегчения состояния больная применяет "Астмопент" в ингаляциях. За последний год трижды лечилась стационарно. Наблюдался хороший эффект от применения интала. В

межприступный период чувствует себя удовлетворительно, кашля и одышки нет. Последнее обострение связывает с проведением генеральной уборки в квартире; применение “Астмопента” для купирования приступа удушья не помогло.

Дважды наблюдался отек Квинке на прием таблетированных антибиотиков.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Лицо несколько одутловатое, бледное, потное, выражает чувство страха. Положение вынужденное - сидя на стуле с фиксированным плечевым поясом. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвуют мышцы плечевого пояса. Слышны дистанционные хрипы. ЧД - 46 в 1 мин. Перкуторно - звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, масса сухих хрипов различного тембра. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией. Пульс 92 в 1 мин. АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: эр.- $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, Цп - 0,9, лейкоц. - $6,4 \times 10^9/л$, э. - 8, п.- 4, сегм. - 50, лимф. - 36, мон. - 2, СОЭ - 12 мм/час.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	
	1	Предварительный диагноз, факторы риска
	-	
	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
	-	
	3	Установите группу диспансерного наблюдения
	-	
	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
	-	

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

1. Теоретические основы охраны здоровья и организация пульмонологической помощи в Российской Федерации.
2. Внебольничная пневмония. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
3. Острый и хронический бронхит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

4. ХОБЛ. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
5. Бронхиальная астма. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
6. Интерстициальные болезни легких. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Везикулярное дыхание выслушивается на:

- А) вдохе;
- Б) выдохе;
- В) вдохе и первой трети выдоха;
- Г) вдохе и первых двух третях выдоха;
- Д) протяжении всего вдоха и всего выдоха.

Ответ: (В)

2. При эмфиземе легких дыхание:

- А) везикулярное;
- Б) везикулярное ослабленное;
- В) везикулярное усиленное;
- Г) бронхиальное;
- Д) сакадированное.

Ответ: (Б)

3. Крепитация характерна для:

- А) эмфиземы легких;
- Б) абсцесса легких;
- В) крупозной пневмонии;
- Г) бронхиальной астмы;
- Д) застоя крови в малом круге кровообращения.

Ответ: (В)

4. Для крупозной пневмонии в разгар болезни характерен перкуторный звук:

- А) притупленный тимпанит;
- Б) коробочный;
- В) тимпанический;
- Г) тупой;
- Д) металлический.

Ответ: (Г)

5. Бронхиальное дыхание выслушивается на:

- А) вдохе;
- Б) выдохе;
- В) вдохе и одной трети выдоха;
- Г) протяжении всего вдоха и всего выдоха;
- Д) вдохе и первых двух третях выдоха.

Ответ: (Г)

6. Амфорическое дыхание наблюдается при:

- А) очаговой пневмонии;
- Б) бронхите;
- В) бронхиальной астме;
- Г) абсцессе легкого;
- Д) эмфиземе легких.

Ответ: (Г)

7. Ослабление голосового дрожания характерно для:

- А) бронхоэктазов;
- Б) экссудативного плеврита;
- В) абсцесса легкого в стадии полости;
- Г) очаговой пневмонии;
- Д) крупозной пневмонии.

Ответ: (Б)

8. Усиление голосового дрожания типично для

- А) гидроторакса;
- Б) абсцесса легкого в стадии полости;
- В) закрытого пневмоторакса;
- Г) эмфиземы легких;
- Д) бронхиальной астмы.

Ответ: (Б)

9. Возбудителем внебольничной пневмонии чаще всего является

- А) пневмококк
- Б) стрептококк
- В) стафилококк
- Г) кишечная палочка
- Д) клебсиелла

Ответ: (А)

10. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, возрастает частота пневмоний, вызванных

- А) пневмококком

- Б) стрептококком
- В) кишечной палочкой
- Г) клебсиеллой
- Д) стафилококком

Ответ: (Г)

11. У лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита наиболее частым возбудителем пневмонии является

- А) пневмококк
- Б) клебсиелла
- В) пневмоциста
- Г) микоплазма
- Д) кишечная палочка.

Ответ: (В)

12. Лечение антибиотиками пневмонии следует прекратить:

- А) через 1 неделю после начала лечения
- Б) через 2 дня после нормализации температуры тела*
- В) после исчезновения хрипов в легких
- Г) после устранения клинических и рентгенологических признаков заболевания
- Д) после нормализации СОЭ

Ответ: (Б)

13. При лечении пневмонии у беременной нельзя применять

- 1. пенициллины
- 2. цефалорины
- 3. амоксициллин
- 4. тетрациклин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) если правильны ответы 1 и 3
- В) если правильны ответы 2 и 4
- Г) если правильный ответ 4
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Ответ: (Г)

14. Пациенты, страдающие бронхоэктатической болезнью, обычно предъявляют следующие жалобы:

- 1. лихорадка, боли в груди
- 2. кашель с легко отделяющейся мокротой, чаще по утрам
- 3. кровохарканье, легочное кровотечение
- 4. одышка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3

- Б) если правильны ответы 1 и 3
- В) если правильны ответы 2 и 4
- Г) если правильный ответ 4
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

15. К раку легкого предрасполагает:

- А) алкоголизм и бытовое пьянство
- Б) курение
- В) наркомания и токсикомания
- Г) хроническое переохлаждение
- Д) психоэмоциональная нагрузка.

Ответ: (Б)

16. Рак легкого чаще наблюдается у больных, страдающих:

- А) сахарным диабетом
- Б) язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
- В) хроническим неспецифическим заболеванием легких
- Г) бронхиальной астмой
- Д) хроническим алкоголизмом.

Ответ: (В)

17. У мужчин старше 40 лет с бессимптомно протекающим затемнением в легких врач обязан в первую очередь исключить:

- А) туберкулому легкого
- Б) периферический рак легкого
- В) очаговую пневмонию;
- Г) верно А, Б
- Д) пневмоцирроз

Ответ: (Б)

18. Ранним клиническим симптомом центрального рака легкого является:

- А) сухой кашель или кашель со слизистой мокротой, содержащей иногда прожилки крови
- Б) легочное кровотечение
- В) одышка и потеря массы тела
- Г) лихорадка
- Д) кровохарканье.

Ответ: (А)

19. Осложнением центрального рака легкого может быть:

- 1. гиповентиляция легкого
- 2. ателектаз легкого

- 3. пневмония (возможно с абсцедированием)
- 4. образование острого абсцесса легкого.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) если правильны ответы 1 и 3
- В) если правильны ответы 2 и 4
- Г) если правильный ответ 4
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

20. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет, прежде всего, подозревать:

- 1. пневмокониоз
- 2. кавернозный туберкулез легких
- 3. бронхоэктатическую болезнь
- 4. рак бронха.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3
- Б) если правильны ответы 1 и 3
- В) если правильны ответы 2 и 4
- Г) если правильный ответ 4
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

21. Саркоидоз наиболее часто наблюдается:

- А) у детей и подростков
- Б) в пожилом возрасте
- В) в старческом возрасте
- Г) в возрасте 20-50
- Д) у женщин в климактерическом периоде.

Ответ: (Г)

22. Морфологической основой саркоидной гранулемы являются:

- А) эпителиоидные клетки и гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса
- Б) клетки Березовского-Штернберга
- В) гистиоциты
- Г) макрофаги
- Д) эозинофилы.

Ответ: (А)

23. Внебольничная пневмония – это пневмония, развившаяся
вне стационара, либо диагностированная в первые 48 ч с момента
госпитализации

через 48 ч и более после госпитализации в стационар
вне стационара, и не позднее 72 часов после выписки из
стационара, при отсутствии признаков легочной инфекции на
момент поступления в стационар
ранее чем через 5 суток после госпитализации в стационар

№24 (1)

Самым частым возбудителем бактериальной внебольничной
пневмонии является:

Klebsiella pneumoniae
Pseudomonas aeruginosa
Streptococcus pneumoniae
Staphylococcus aureus
Mycoplasma pneumoniae
Haemophilus influenzae

№25 (1)

При развитии бактериальной внебольничной пневмонии у
курильщика или пациента с ХОБЛ наиболее вероятная этиология:

Haemophilus influenzae
Streptococcus pneumoniae,
Moraxella Catarrhalis
Legionella spp.
Pseudomonas aeruginosa
всё вышеперечисленное

№26 (1)

К факторам риска выявления пенициллинрезистентных пневмококков
относятся:

возраст > 65 лет
терапия b-лактаминами антибиотиками в предыдущие 3 месяца
серьезные хронические сопутствующие заболевания, алкоголизм
иммунодефицит или иммуносупрессивная терапия
тесный контакт с детьми, посещающими дошкольные учреждения
все вышеперечисленные

№27 (1)

Неточный/неопределенный диагноз внебольничной пневмонии
возможно
установить, если у пациента с эпидемиологическим анамнезом присутствуют

все перечисленные критерии, кроме наличия:

рентгенологически подтвержденной очаговой
инфильтрации легочной ткани («свежие»
Rg-изменения)
остро возникшего подъема $t_0 > 38,0^{\circ}\text{C}$ в начале заболевания
кашеля с мокротой
физикальных признаков уплотнения лёгочной ткани
лейкоцитоза $> 10 \cdot 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерного сдвига ($> 10\%$)

№28 (1)

К препаратам выбора для антибиотикотерапии нетяжелой внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов без сопутствующих заболеваний, не имеющих факторов риска резистентного пневмококка, относятся:

амоксциллин
макролид
амоксциллин/клавуланат
респираторный фторхинолон
цефдиторен

№29 (1)

К препаратам выбора для антибиотикотерапии нетяжелой внебольничной пневмонии у амбулаторных пациентов с сопутствующими заболеваниями, имеющих факторы риска резистентного пневмококка, относятся:

амоксциллин/клавуланат (а)
амоксциллин/сульбактам (b)
ампициллин/сульбактам (с)
левофлоксацин (d)
все, кроме «d»

№30 (1)

Выберите признаки, характерные для крупозной и интерстициальной пневмонии

1)	притупление перкуторного тона, крепитация (влажные мелкопузырчатые хрипы) локально в месте поражения легких	1]	крупозная пневмония

- возможно
- 2) отсутствие патологических изменений при перкуссии и аускультации легких 2] интерстициальная пневмония
- 2) умеренный лейкоцитоз, иногда лейкопения
- 1) лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево
- альвеолярный
- 1) инфильтрации на рентгенограмме – средняя интенсивность тени пораженного участка легких
- интерстициальный
- 2) инфильтрации (матовое стекло) – низкая (малая) интенсивность тени пораженного участка
- происходит заполнение воспалительным
- 2) ом межальвеолярных пространств (видимость стенок бронхов и элементов сосудистого рисунка в зоне инфильтрации)
- заполнение
- воспалительным экссудатом
- 1) альвеол, альвеолярных мешочков, ходов и респираторных бронхиол (безвоздушность легочной ткани)

31. При ОРВИ легкого течения у пациента, не относящегося к группе риска, действия врача первичного контакта

Изоляция на дому на срок болезни

Забор мазка из носо- и ротоглотки в день обращения

Оформление листа нетрудоспособности на 7 дней

Ежедневный осмотр врачом

№32 (1)

У пациента с ХОБЛ определите степень тяжести бронхиальной обструкции, если постбронходилатационное значение ОФВ1 равно 56% от должного

- легкой степени
- средней степени
- тяжелой степени
- крайне тяжелая

№33 (1)

Опросник CAT оценивает

- степень тяжести одышки
- оценку влияния ХОБЛ на качество жизни пациента
- выраженность симптомов
- частоту обострений

№34 (1)

Инструмент mMRC представляет собой

- шкалу оценки одышки
- опросник влияния заболевания на качество жизни
- опросник для диагностики ХОБЛ
- индекс прогнозирования смертности от ХОБЛ

№35 (1)

Индекс BODE представляет собой инструмент

- шкалу оценки одышки
- опросник влияния заболевания на качество жизни
- опросник для диагностики ХОБЛ
- индекс прогнозирования смертности от ХОБЛ

№36 (1)

Пациенту с ХОБЛ обязательно должна быть назначена комбинация ДДАХ/ДДБА

- с легкой степенью тяжести одышки
- пациентам с CAT ≥ 10 баллов
- с одышкой mMRC ≥ 2
- с одышкой mMRC ≥ 3

№37 (1)

Показаниями для ИГКС при ХОБЛ являются

частые обострения

частые обострения на фоне лечения комбинацией ДДАХ/ДДБА

бронхиальная астма в анамнезе

выраженная эозинофилия крови (≥ 300 клеток в мкл)

№38 (1)

Контроль бронхиальной астмы определяется по наличию

Дневных симптомов чаще 2-х раз в неделю

Ночных пробуждений из-за БА

Любого ограничения активности из-за БА

отсутствия изменений ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ

№39 (1)

Предпочтительным препаратом для купирования симптомов на 3-5

ступени лечения бронхиальной астмы является

фиксированная комбинация будесонид/формотерола

сальбутамол

вентолин

фиксированная комбинация

беклометазон/формотерола

№40 (1)

Режим единого ингалятора возможен с _____ лет

18

25

6

15

№41 (1)

У взрослых пациентов (≥ 18 лет) с легкой БА в качестве предпочтительной терапии БА рекомендуются

низкие дозы фиксированной комбинации ИГКС и

короткодействующие бета 2-агонисты «по потребности»

ингаляционные глюкокортикостероиды

антилейкотриеновые препараты

№42 (1)

Для проактивного приглашения на диспансерный прием в приоритетную группу необходимо включить пациентов с:

ИБС и СД
ГБ и ХОБЛ
ИБС и ХБП и уремия
ОКС перенесли менее года назад
ГБ и остеоартроз
ИБС и язвенная болезнь желудка
ЦВБ и ГЭРБ
ГБ и ЦВБ
ГБ и ИБС

0	ЦВБ и БА
1	1,3,4,8,9,10
2	5,6,7,10
3	1,2,3,4,8, 9
4	1,3,4,8,9

№43 (1)

Для проактивного приглашения на диспансерный прием в приоритетную группу необходимо включить пациентов с:

ГБ АГ
ЦВБ и СД
ХОБЛ и ИБС
БА и АГ
ХБП и СД
1,2,3,5
1,3,4,5
1,2,3,4,5
1,2,3,4

№44 (1)

Для проактивного приглашения на диспансерный прием в приоритетную группу необходимо включить пациентов с:

ХОБЛ, хроническое легочное сердце, ИБС;
ГБ, ФП;
ГБ, ХБП,ЗБ
ИБС, сердечная недостаточность;
ОА, ЯБЖ;
1,2,3,4
1,2,3,4,5
1,3,4,5
1,2,3,5

№45 (1)

Каждый пациент по завершении диспансерного приема должен быть проинформирован участковым врачом о

о необходимости явки в следующем году
о взаимодействии с социальными службами
дате (или месяце) проведения следующего диспансерного приема
сроках прохождения профилактической ФГ

№46 (1)

Пациент с ХОБЛ вакцинирован от новой коронавирусной инфекции вакциной «ГамКовидВак» 15 июля текущего года, в августе в поликлинику поступила вакцина от гриппа «Совигрипп» и вакцина от пневмококковой инфекции «Превенар», тактика участкового терапевта включает:

одновременную вакцинацию от гриппа + от
пневмококковой инфекции через 30 дней от
предыдущей вакцинации;

одновременную вакцинацию от гриппа + от
пневмококковой инфекции через 7 дней от
предыдущей вакцинации;

последовательную вакцинацию от гриппа, затем
от пневмококковой инфекции с
интервалами в 30 дней от введения вакцин;

последовательную вакцинацию от гриппа, затем
от пневмококковой инфекции с
интервалами 14 дней между введением
вакцин.

№47 (1)

К 1-й группе заболеваний для формирования приоритетной группы коморбитных пациентов относится:

ИБС
ГБ
ЦВБ

ХОБЛ

№48 (1)

Врач - терапевт участковый осуществляет диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими

острый бронхит

пневмонию

обострение ХОБЛ

обострение БА

№49 (1)

Контролируемыми показателями состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения (ДН) за пациентом с ХОБЛ в соответствии с порядком ДН являются

уменьшение или отсутствие обострений

ФВД (ОФВ1)

сатурация кислорода крови

частота дыхания

№50 (1)

Контролируемыми показателями состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения (ДН) за пациентом с бронхоэктатической болезнью в соответствии с порядком ДН являются

уменьшение или отсутствие обострений

ФВД (ОФВД1)

сатурация кислорода крови

частота дыхания

№51 (1)

Контролируемыми показателями состояния здоровья в рамках проведения диспансерного наблюдения (ДН) за пациентом с БА в соответствии с порядком ДН является

достижение полного либо частичного контроля

уменьшение или отсутствие обострений

ФВД (ОФВД1)

сатурация кислорода крови

частота дыхания

4) Решите ситуационные задачи

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

На прием к ВОП обратилась больная Н., 55 лет. Жалобы на частые приступы удушья (до 6 за сутки), экспираторную одышку. В межприступный период при малейшей физической нагрузке появляются кашель с малым количеством слизисто-гнойной мокроты, потливость, слабость, сердцебиение.

Считает себя больной около 7 лет, когда после перенесенной очаговой пневмонии появились приступы удушья, которые начинались с мучительного кашля и завершались отделением вязкой слизисто - гнойной мокроты. Заболевание обострялось в осенне-зимний период. Во время ремиссии сохранялся кашель с мокротой. Последние 3 года появилась экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Последнее обострение связывает с переохлаждением. Более 10 лет страдает хроническим бронхитом, дважды перенесла очаговую пневмонию.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, выраженный гипергидроз, температура тела - 37,4°C, положение тела вынужденное - сидя с фиксированным плечевым поясом. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвуют мышцы спины и плечевого пояса. Слышны дистанционные хрипы. ЧД - 28 в 1 мин. Перкуторно - звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно - дыхание жесткое, масса сухих хрипов различного тембра. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 100 в 1 мин. Акцент II тона над легочной артерией. АД -150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Эр. - $4,8 \times 10^{12}/л$, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, лейкоц. - $9,0 \times 10^9/л$, э. - 10, п.- 6, с. - 50, л. - 26, м. - 8, СОЭ - 24 мм/час.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной Л., 29 лет, пришел на прием к ВОП 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 везикулярное с жестким оттенком, проводные средне- и мелкопузырчатые хрипы. При откашливании уменьшаются. АД 125/80 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей. Отправления в норме.

ЗАДАНИЕ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.
7. Оцените временную степень утраты трудоспособности.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больной Л., 49 лет, строитель-монтажник, пришел на прием к ВОП с жалобами на сухой кашель с небольшим количеством светло-желтой, тягучей мокроты, усилившийся в течение последней недели, больше по утрам, нарастающую слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при обычной физической нагрузке. В течение последних 4 лет стоит на диспансерном учете по поводу ХОБЛ. Последнее обострение связывает с работой в холодную ветреную погоду на открытой площадке. Злостный курильщик.

Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие, небольшой теплый акроцианоз. Зев чистый. Температура тела 37,2°. Дыхание свободное с затрудненным выдохом. ЧДД - 20 в мин. Перкуторно: легочный звук, с зонами коробочного оттенка, притуплений нет. Аускультативно: дыхание ослабленное везикулярное с жестким оттенком, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. В проекции крупных бронхов выслушиваются единичные, влажные хрипы. При откашливании уменьшаются. АД 145/90 мм рт. ст. Пульс 92 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2 тона на легочной артерии. Пальпация живота безболезненна. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного

диагноза?

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.
7. Оцените временную степень утраты трудоспособности.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство /Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 4) Кардиология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.] ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с. – Режим доступа: <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>.
- 5) Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
- 6) Регистрация электрокардиограммы покоя в 12 общепринятых отведениях взрослым и детям 2023/Дроздов Д.В., Макаров Л.М., Баркан В.С. и др. Методические рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2023;28(10):5631. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2023-5631>. EDN: JAVUJL
- 7) Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
- 8) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Интернет-ресурсы:

1. Рубрикатор клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
2. Сайт национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины <http://www.gnicpm.ru/>.
3. Сайт национального российского кардиологического общества <http://www.scardio.ru/>
4. Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. ГЭОТАР, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.5. Заболевания почек и мочевыводящих путей в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями почек и мочевыводящих путей.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам с патологией почек и мочевыводящих путей на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики принципы лечения и особенности заболеваний почек и мочевыводящих путей;
- изучить алгоритм ведения пациентов при патологии почек и мочевыделительной системы в амбулаторных условиях с применением положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики заболеваний почек и мочевыделительной системы, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения врачом общей практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Теоретические основы охраны здоровья и организация нефрологической помощи в Российской Федерации.
2. Гломерулонефриты. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

3. Тубулоинтерстициальный нефрит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
4. Инфекции мочевыводящих путей. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
5. Хроническая болезнь почек. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
6. Диабетическая нефропатия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный синдромальный диагноз. Особенности сбора анамнеза. Ведение пациента. Признаки серьезного заболевания. Психосоциальные факторы хронизации процесса. Факторы риска. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей (РИМП) у женщин

Типичный пациент

Женщина 40 лет. Предъявляет жалобы на частые (4-5 раз за последние полгода) боли режущего характера при мочеиспускании и в поясничной области, сопровождающиеся повышением температуры тела до фебрильных цифр, частыми позывами на мочеиспускание, темным цветом мочи. Лечится самостоятельно фурагином. В анамнезе – хронический пиелонефрит и лечение антибиотиками 3 года назад.

Признаки серьезного заболевания

Толерантность к эмпирической противомикробной терапии;

Женщины старше 50 лет с микрогематурией и женщины любого возраста с макрогематурией (срочное направление к специалисту).

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

Беспорядочные половые связи,

Использование спермицидных и барьерных средств контрацепции (диафрагмы, женские презервативы).

Факторы риска

Беспорядочные половые связи (более характерно для молодых женщин), атрофические уретриты и вагиниты (у женщин в постменопаузе), средний и пожилой возраст, неполное освобождение мочевого пузыря (продолжительная катетеризация, нарушение мочеиспускания), нарушения функции мочевыделительной системы (анатомические дефекты, пузырный рефлюкс и др.), использование спермицидных и барьерных средств контрацепции (диафрагмы, женские презервативы), операции на мочевыделительной системе, иммуносупрессивные состояния, использование заместительной гормональной терапии в постменопаузе.

Ведение пациента

Диагностика

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

- Недавно перенесенные инфекционные заболевания и антибиотикотерапию,
- Бактериурию в анамнезе,
- Факторы риска, индикаторы серьезного заболевания, психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации.

Инструментальные исследования

- Должны исследоваться как половая, так и мочевыделительная системы:
- Общий анализ мочи (макро, гематурия, протеинурия);
- Тест-полоски для определения нитритов, образующихся в процессе жизнедеятельности микроорганизмов и лейкоцитарных эстераз, секретируемой лейкоцитами (не показан пациенткам с бессимптомной бактериурией). Данный диагностический тест не может использоваться для окончательного установления диагноза;
- Микроскопия мочи (визуальное выявление бактерий и лейкоцитов);
- Совокупное использование указанных выше методов диагностики повышает чувствительность в ущерб специфичности.
- Бактериологический анализ (посев мочи на микрофлору). Показания: перед назначением профилактического лечения необходимо подтверждение наличия инфекции. Клинически значимым считается наличие 10²+ колоний в поле зрения;

Инструментальные методы диагностики показаны только в случаях: резистентности к антибиотикотерапии, частых эпизодах РИМП (более 3 раз в год), гематурии, наличии в анамнезе пиелонефрита, мочекаменной болезни, хирургических вмешательств на мочеполовой системе.

Цистоскопия и другие визуализирующие методы диагностики должны использоваться только в случаях неэффективности антибактериальной терапии, частых реинфекций и известных факторов риска:

- Обзорная рентгенография для выявления кальцинатов, инородных тел.
- Экскреторная урография при наличии гематурии для выявления возможной обструкции, эрозий мочевого пузыря, мочекаменной болезни, дивертикулеза (м.б. заменена УЗИ+обзорной рентгенографией).
- Компьютерная томография – вмешательство выбора при осложненных РИМП.
- Цистоуретрограмма мочевого пузыря и мочеточников показана при дивертикулезе мочеточников и везикоуретрального рефлюкса.
- Уродинамические исследования при нарушениях опорожнения мочевого пузыря или неврологических расстройствах.

При наличии признаков серьезного заболевания

Направление к специалисту (хирург, уролог, нефролог, гинеколог).

При отсутствии признаков серьезного заболевания

Симптоматическая терапия. Назначение парацетамола или ибупрофена для снижения интенсивности боли и купирования лихорадки.

Питье большого объема жидкости,

Эмпирическая противомикробная терапия (курс 3-7 дней): триметоприм 100мг 1 раз в день – препарат выбора лечения РИМП. Также возможно назначение ко-триксомазола, нитрофурантоина, цефалексина, цефаклора, амоксиклава и амоксициллина

Профилактическое лечение в течение 6 месяцев показано пациенткам, у которых наблюдается более 6 эпизодов РИМВП в год. Противомикробные препараты ежедневно или 1 раз в 3 дня.

Неосложненная инфекция мочевыводящих путей может спонтанно разрешаться без лечебного вмешательства.

Если присутствуют психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации рекомендуется:

- Мочеиспускание в течение 2 часов после полового акта;
- Использование лубрикантов во время полового акта;
- Прием разовой дозы противомикробных препаратов не позже чем через 2 часа после каждого полового акта;
- Отказ от контрацепции с использованием спермицидной смазки, женского презерватива или диафрагмы.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

При проведении ВОП профосмотра у больной Ш., 28 лет, выявлено повышение артериального давления. Жалоб не предъявляет. В анамнезе частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/110 мм рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. Язык чистый влажный, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 120 г/л; цветовой показатель 0,95; лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$; эозинофилы - 1%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 26%; моноциты – 5%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 100,0; реакция - кислая; цвет - светло-желтый; плотность - 1012; белок - 0,8г/л; эпителиальные клетки - 2-3 в поле зрения. Консультация окулиста - симптомы ретинопатии. Креатинин крови - 0,208 ммоль/л. Скорость КФ 80 мл/мин.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом современных классификаций (нозология, стадия).
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Определите групп лекарственных препаратов наиболее предпочтительных для данного случая, в частности ингибиторов АПФ.
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к ВОП обратилась больная К., 32 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области. С 10-ти летнего возраста отмечала рези при мочеиспускании, боли в поясничной области, больше слева. В течение последних 5-ти лет отмечает повышение АД. Не обследовалась, лечилась самостоятельно травами, принимала гипотензивные средства.

При объективном исследовании: кожные покровы бледной окраски, кожа сухая. Отеков нет. Отмечается расширение левой границы сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. АД-190/120 мм рт. ст., Ps - 86 в мин, напряжен.

В общем анализе крови: умеренная анемия, СОЭ - 25 мм/час. Суточный диурез - 2500 мл, суточные колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,75 г/л,

лейкоциты - 5-6 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин – 0,041 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к врачу общей практики обратился больной М., 21 года, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области, частое, болезненное мочеиспускание, тупые боли в поясничной области. В течение последнего года отмечает повышение АД до 160/110 мм рт.ст. (высокие цифры АД выявлены при медицинском обследовании для спортивных соревнований). Лекарственные препараты не принимал.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные. Отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости смещена наружу на 1 см от левой срединноключичной линии. АД - 170/110 мм рт.ст., Пульс - 88 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

В общем анализе крови: анемия, СОЭ-25 мм в час. Суточный диурез-2600 мл, колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,5 г/л, лейкоциты -10-15 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин плазмы крови-0,048 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу диспансерного наблюдения
О	-	
В	4	Мониторируемые показатели состояния здоровья
Э	-	

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*

1. Теоретические основы охраны здоровья и организация нефрологической помощи в Российской Федерации.
2. Гломерулонефриты. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
3. Тубулоинтерстициальный нефрит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
4. Инфекции мочевыводящих путей. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
5. Хроническая болезнь почек. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
6. Диабетическая нефропатия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

01. Для почечной колики характерны:

1. боли в поясничной области;
2. дизурические явления;
3. положительный симптом Пастернацкого;
4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

02. Односторонние боли в поясничной области характерны для:

А) острого гломерулонефрита;

Б) острого цистита;

В) острого пиелонефрита;

Г) амилоидоза почек;

Д) хронического гломерулонефрита.

Ответ: (В)

03. Альбуминурия и гипопроотеинемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) почечно-каменной болезни;
- Г) цистита;
- Д) нефроптоза.

Ответ: (А)

04. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А) хронического нефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) сахарного диабета;
- Г) несахарного диабета;
- Д) сморщенной почки.

Ответ: (В)

05. Для почечной колики характерны:

- 1. боли в поясничной области;
- 2. дизурические явления;
- 3. положительный симптом Пастернацкого;
- 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

06. Односторонние боли в поясничной области характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
- Б) острого цистита;
- В) острого пиелонефрита;
- Г) амилоидоза почек;
- Д) хронического гломерулонефрита.

Ответ: (В)

07. Альбуминурия и гипопроteinемия в сочетании с цилиндрурией и отеками характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) почечно-каменной болезни;
- Г) цистита;
- Д) нефроптоза.

Ответ: (А)

08. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:

- 1. увеличение содержания фибриногена в крови
- 2. увеличение количества глобулинов в крови

- 3. увеличение альбуминов в крови
- 4. увеличение количества эритроцитов в крови
- 5. увеличение желчных кислот в крови

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

Ответ: (А)

09. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А) хронического нефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) сахарного диабета;
- Г) несахарного диабета;
- Д) сморщенной почки.

Ответ: (В)

011. Укажите процент элиминации гентамицина с мочой:

- А) 40%;
- Б) 80%;
- В) 100%;
- Г) зависит от уровня альбуминов в крови;
- Д) с мочой не выделяется.

Ответ: (В)

15. Допустимое количество белка в суточной моче составляет:

- А) 500 мг;
- Б) 50 мг;
- В) 150 мг;
- Г) не должно быть;
- Д) следы белка.

Ответ: (В)

16. Для качественной оценки лейкоцитурии можно использовать:

- А) анализ мочи по методу Нечипоренко;
- Б) фазовоконтрастную микроскопию мочевого осадка;
- В) лейкоцитарную формулу мочи;
- Г) анализ мочи по Зимницкому;
- Д) общий анализ мочи.

Ответ: (В)

17. Щелочная реакция мочи может быть обусловлена:

- А) употреблением преимущественно белковой пищи;
- Б) значительной лейкоцитурией и бактериурией;
- В) употреблением преимущественно растительной пищи;

- Г) употреблением большого количества соли;
- Д) употреблением большого количества сахара.

Ответ: (Г)

18. Лейкоцитурия наиболее характерный симптом при:

- А) пиелонефрите;
- Б) гломерулонефрите;
- В) амилоидозе;
- Г) нефролитиазе;
- Д) поликистозе.

Ответ: (А)

19. Высокая относительная плотность мочи (1030 и выше) характерна для:

- А) хронического нефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) сахарного диабета;
- Г) несахарного диабета;
- Д) сморщенной почки.

Ответ: (В)

20. При проведении пробы Зимницкого необходимо:

- А) соблюдать строгую диету с исключением соли;
- Б) ограничить физическую активность;
- В) исключить избыточное потребление жидкости (стандартизированный водный режим);
- Г) ограничить употребление белковой пищи;
- Д) ограничить употребление растительной пищи.

Ответ: (В)

22. Нефротическому синдрому соответствуют:

- 1. отеки;
- 2. протеинурия 5 г/сутки;
- 3. диспротеинемия;
- 4. гиперлипидемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

23. Острый нефритический синдром характеризуют:

- А) отеки, гипо- и диспротеинемия гиперхолестеринемия;
- Б) артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия;
- В) артериальная гипертензия, протеинурия, гематурия;
- Г) протеинурия, отеки, гипо- и диспротеинемия;
- Д) артериальная гипертензия, азотемия, анемия.

Ответ: (В)

24. У 40 летнего больного заболевшего ангиной, на 5- й день болезни появились отеки, макрогематурия, повысилось АД. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый гломерулонефрит;
- Б) острый пиелонефрит;
- В) обострение хронического гломерулонефрита;
- Г) апостематозный нефрит;
- Д) амилоидоз почек.

Ответ: (Б)

25. Укажите механизм, который лежит в основе патогенеза острого гломерулонефрита:

- А) иммунокомплексный;
- Б) антительный (антитела к базальной мембране клубочков);
- В) токсическое повреждение почек;
- Г) дистрофические изменения;
- Д) ишемический.

Ответ: (А)

26. Оценить активность хронического гломерулонефрита позволяют:

- 1. увеличение СОЭ;
- 2. диспротеинемия;
- 3. гиперазотемия при нормальных размерах почек;
- 4. гиперлипидемия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

27. Больного хроническим гломерулонефритом необходимо госпитализировать в стационар в случае:

- 1. декомпенсации нефрогенной артериальной гипертонии;
- 2. нарастании протеинурии;
- 3. увеличении эритроцитурии;
- 4. ухудшении функционального состояния почек.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

28. Определение активности хронического гломерулонефрита необходимо для:

- А) назначения патогенетической терапии;
- Б) оценки прогноза заболевания;
- В) установления клинической формы заболевания;
- Г) оценки функционального состояния почек;
- Д) назначения антибактериальной терапии.

Ответ: (А)

29. Протеинурия, гипопроteinемия в сочетании с эритроцитурией и отеками наиболее характерны для:

- А) острого гломерулонефрита;
- Б) пиелонефрита;
- В) почечно-каменной болезни;
- Г) цистита;
- Д) амилоидоза почек.

Ответ: (А)

30. У больного гломерулонефритом уровень калия в плазме 6 мэкв/л. При выборе мочегонного препарата предпочтение следует отдать:

- А) фуросемиду;
- Б) верошпиرونу;
- В) триамтерену;
- Г) арифону;
- Д) гипотиазиду.

Ответ: (А)

32. Основным видом поражения почек при инфекционном эндокардите является:

- 1. эмбологенный инфаркт;
- 2. гломерулонефрит;
- 3. амилоидоз;
- 4. пиелонефрит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

33. Интерстициальный нефрит при подагре клинически проявляется:

- 1. нефротическим синдромом;
- 2. повышением артериального давления;
- 3. мочевым синдромом;
- 4. болевым синдромом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

34. У молодых женщин гломерулонефрит наиболее часто может быть проявлением:

- А) дерматомиозита;
Б) системной красной волчанки;
В) системной склеродермии;
Г) узелкового артериита;
Д) ревматической полимиалгии.

Ответ: (Б)

37. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита наиболее неблагоприятным считается:

1. минимальные изменения;
2. мезангио-пролиферативный;
3. фокально-сегментарный гиалиноз склероз;
4. мезангио-мембранный.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

38. Нефротический синдром может наблюдаться при:

1. амилоидозе;
2. системной красной волчанке;
3. диабетической нефропатии;
4. геморрагическом васкулите Шенлейна-Геноха.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

39. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- А) бактериальный перитонит;
Б) абдоминальный нефротический криз;
В) почечная колика;
Г) апостематозный пиелонефрит;
Д) кишечная колика.

Ответ: (Б)

40. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится:

1. частые рецидивы нефротического синдрома;
2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов;
3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками;
4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

41. У больного с прогрессирующим нефритом и ХБП возникло легочное кровотечение. Наиболее вероятен диагноз:

1. системная красная волчанка с поражением легких;
2. синдром Гудпасчура;
3. бронхоэктазы и амилоидоз почек;
4. микроскопический полиангиит.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

42. Почечная недостаточность при подостром гломерулонефрите развивается:

- А) через 3-5 месяцев от начала заболевания;
- Б) через год;
- В) через 3 года;
- Г) с первых недель заболевания;
- Д) в зависимости от выраженности артериальной гипертензии.

Ответ: (А)

43. Злокачественная гипертензия возможна при:

1. пиелонефрите;
2. узелковом периартериите;
3. первичном нефросклерозе;
4. истинной склеродермической почке.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) - если правильны ответы 1 и 3;

В) - если правильны ответы 2 и 4;

Г) - если правильный ответ 4;

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

44. “Сольтеряющий синдром” чаще встречается у больных:

- А) хроническим гломерулонефритом;
- Б) интерстициальным нефритом;
- В) амилоидозом почек;
- Г) волчаночным нефритом;
- Д) поликистозом почек.

Ответ: (Б)

46. При лечении больных хроническим гломерулонефритом цитостатическими препаратами необходимо тщательно контролировать:

- 1. лейкоциты крови
- 2. содержание гемоглобина крови
- 3. тромбоциты крови;
- 4. эозинофилы крови.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

47. К снижению клубочковой фильтрации может привести лечение:

- А) преднизолоном;
- Б) цитостатиками;
- В) индометацином;
- Г) курантилом;
- Д) гепарином.

Ответ: (В)

48. Гипокалиемия может наблюдаться при:

- 1. первичном гиперальдостеронизме;
- 2. болезни Иценко-Кушинга;
- 3. реноваскулярной гипертензии;
- 4. ренинсекретирующей опухоли.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

49. У больного, страдающего ревматоидным артритом более 10 лет, наиболее вероятной причиной развившейся протеинурии (до 2 г/сутки) является:

- А) амилоидоз почек;
- Б) гломерулонефрит;
- В) пиелонефрит;
- Г) интерстициальный нефрит;
- Д) тромбоз почечных вен.

Ответ: (А)

50. Вторичный амилоидоз может развиваться при:

- 1. ревматоидном артрите;
- 2. псориатическом артрите;
- 3. опухолях;
- 4. бронхоэктазах.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

51. Нефротический синдром при амилоидозе:

- 1. регрессирует при назначении кортикостероидов;
- 2. исчезает при развитии хронической почечной недостаточности;
- 3. сопровождается злокачественной артериальной гипертонией;
- 4. сохраняется при развитии хронической почечной недостаточности.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

52. Вторичному амилоидозу предшествует наличие в сыворотке крови:

- 1. легких цепей иммуноглобулинов;
- 2. преальбумина;
- 3. бета-2 микроглобулина;
- 4. белка АА.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

53. Для диагностики амилоидоза почек более информативно гистологическое исследование:

- А) десны;
- Б) подкожного жира;
- В) слизистой оболочки прямой кишки;
- Г) почки;
- Д) кожи.

Ответ: (Г)

54. Сохранению возбудителя в мочевых путях и хронизации пиелонефрита препятствует:

- А) наличие протопластов и L-форм бактерий;
- Б) феномен бактериальной адгезии;
- В) «физиологическая» обструкция мочевых путей;
- Г) неправильное назначение антибиотиков;
- Д) синтез мочевых антител.

Ответ: (Д)

55. Для почечной колики характерны:

- 1. боли в поясничной области;
- 2. дизурические явления;
- 3. положительный симптом Пастернацкого;
- 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

56. В I триместре беременности для лечения пиелонефрита можно назначить:

- А) полусинтетические пенициллины;
- Б) тетрациклин;
- В) бисептол;
- Г) фурагин;
- Д) фторхинолоны.

Ответ: (А)

57. Доклинической стадии диабетической нефропатии свойственны:

- А) нефротический синдром и снижение клубочковой фильтрации;
- Б) гематурия и гиперазотемия;
- В) микроальбуминурия и клубочковая гиперфильтрация
- Г) протеинурия и гематурия;
- Д) протеинурия и артериальная гипертензия.

Ответ: (В)

60. Нефроптоз может осложниться:

1. пиелонефритом;
2. форникальным кровотечением;
3. артериальной гипертензией;
4. нарушением венозного оттока.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

61. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

- А) повышение содержания мочевины в крови;
Б) повышение содержания креатинина в крови;
В) гиперфосфатемия;
Г) гиперкалиемия;
Д) гиперурикемия.

Ответ: (Г)

62. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует:

1. артериальная гипертензия;
2. анемия;
3. перегрузка жидкостью и натрием;
4. нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

63. Умеренную гиперкалиемию при ХБП можно корригировать путем введения:

1. солей кальция;
2. раствора гидрокарбоната натрия;
3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином;
4. изотонического раствора.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

64. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- А) кожный зуд;
- Б) эритроцитоз;
- В) полиурия, полидипсия;
- Г) тошнота, рвота;
- Д) мышечные судороги.

Ответ: (Б)

65. При составлении диеты больному с ХБП следует предусмотреть:

- 1. ограничение белка;
- 2. достаточную калорийность пищи;
- 3. исключение калийсодержащих продуктов;
- 4. назначение кетостерила.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

67. Наиболее ранними проявлениями хронической почечной недостаточности можно считать:

- А) повышение артериального давления;
- Б) полиурию, полидипсию;
- В) гиперкалиемию;
- Г) метаболический ацидоз;
- Д) судороги.

Ответ: (Б)

68. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является:

- А) гломерулярный некроз;
- Б) папиллярный некроз;
- В) тубулярный некроз;
- Г) поражения интерстиция;
- Д) гидронефроз.

Ответ: (В)

69. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

- А) влиянием токсических веществ поврежденных тканей;
- Б) сопутствующей инфекцией;
- В) падением артериального давления;
- Г) недостаточностью надпочечников;
- Д) метаболическим ацидозом.

Ответ: (В)

70. Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:

- А) пенициллинов;
- Б) макролидов;
- В) аминогликозидов;
- Г) цефалоспоринов;
- Д) фторхинолонов.

Ответ: (В)

71. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:

- А) плазмы;
- Б) плазмозамещающих растворов;
- В) солевых растворов;
- Г) фуросемида;
- Д) гемодеза.

Ответ: (Г)

72. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

- А) анурия;
- Б) высокая гипертензия;
- В) повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л;
- Г) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л;
- Д) развитие перикардита.

Ответ: (Г)

73. Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температуре, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. Можно вводить жидкость в объеме:

- А) до 200 мл;
- Б) до 700 мл;
- В) до 1200 мл;
- Г) до 1500 мл;
- Д) до 2000 мл.

Ответ: (В)

74. Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при:

1. распаде опухоли;
2. лечении опухоли цитостатиками;
3. радиационной терапии;
4. терапии кортикостероидами

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

75. У 45-летнего больного, слесаря, обнаружены гипертрофия околоушных слюнных желез, коткрактура Дюпиетрена, протеинурия (2,5 г/л), гематурия (50-60 в поле зрения). Уровень иммуноглобулина А в крови повышен. Наиболее вероятный диагноз:

- А) идиопатический IgA-нефрит;
- Б) гломерулонефрит при геморрагическом васкулите
- В) гломерулонефрит алкогольной этиологии;
- Г) волчаночный гломерулонефрит;
- Д) хронический пиелонефрит.

Ответ: (А)

76. У 16-летней больной, в течение 2 лет страдающей остеомиелитом левой голени, появились отеки, асцит, гидроторакс. При обследовании обнаружен нефротический синдром, уровень фибриногена крови резко повышен. Вероятный диагноз:

- А) постинфекционный гломерулонефрит;
- Б) декомпенсированный цирроз печени;
- В) гепаторенальный синдром;
- Г) вторичный амилоидоз с поражением почек; гепатоспленомегалия
- Д) волчаночный гломерулонефрит.

Ответ: (Г)

77. 50-летняя больная жалуется на упадок сил и боли в позвоночнике, уровень гемоглобина в крови 65 г/л, протеинурия 22 г, уровень альбуминов сыворотки 40 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

- А) камни желчного пузыря;
- Б) камни мочевыводящих путей;
- В) остеопороз;
- Г) нарушение усвоения витамина Д;
- Д) гипертонус скелетной мускулатуры.

Ответ: (Б)

78. У 45-летнего больного в течение 4 месяцев отмечается лихорадка, эпизоды безболезненной макрогематурии. Уровень гемоглобина в крови 160 г/л. Наиболее вероятный диагноз:

- А) хронический гломерулонефрит гематурического типа;
- Б) волчанковый нефрит;
- В) рак почки;
- Г) уратный нефролизиаз,
- Д) амилоидоз.

Ответ: (В)

79. Мужчина 32 лет, отеки. При осмотре другой патологии не отмечено. Анализ мочи: протеинурия, гиалиновые цилиндры и овальные жировые тельца, альбумин плазмы 2% и проявления гиперлипидемии. Диагноз:

1. острый гломерулонефрит;
2. гипернефрома;
3. пиелонефрит;
4. нефротический синдром.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

80. Аденома паращитовидной железы может спровоцировать:

- А) хронический гломерулонефрит в стадии уремии;
- Б) миеломная болезнь;
- В) вторичный амилоидоз с поражением почек;
- Г) хронический пиелонефрит;
- Д) поликистоз почек.

Ответ: (Б)

81. Основной морфологической и функциональной единицей почки является:

- А) чашечнолоханочная система;
- Б) сосудистый клубочек;
- В) почечные канальцы;
- Г) нефрон;
- Д) почечное тельце.

Ответ: (Г)

83. Ведущим клиническим признаком нефротического синдрома является:

- А) гематурия;
- Б) протеинурия более 3,5 г/сутки;
- В) артериальная гипертензия;
- Г) пиурия;
- Д) гипоизостенурия.

Ответ: (Б)

84. Острый гломеруломак может развиваться как осложнение инфекции, вызванной:

- А) альфа-гемолитическим стрептококком группы В;
- Б) стафилококком группы А;
- В) бета-гемолитическим стрептококком группы А;
- Г) риккетсиями;
- Д) уросепсисом, вызванным кишечной палочкой.

Ответ: (В)

85. Амилоидоз почек может развиваться при:

1. ревматоидном артрите;
2. периодической болезни;
3. туберкулезе;
4. бронхоэктатической болезни.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

86. Гиперкалиемию при острой почечной недостаточности можно устранить:

- А) физиологическим раствором;
- Б) гипотоническим раствором;
- В) внутривенным введением глюкозы с инсулином;
- Г) введением раствора соды;
- Д) введением раствора хлористого кальция.

Ответ: (В)

88. Синдром уремии возникает тогда, когда утрачивается не менее:

- А) 10% почечной паренхимы;
- Б) 20% почечной паренхимы;
- А) 50% почечной паренхимы;
- Г) 75% почечной паренхимы;
- Д) 90% почечной паренхимы.

Ответ: (Г)

89. Морфологическим субстратом хронической почечной недостаточности является:

- А) нефросклероз;
- Б) пролиферация мезангиальных клеток;
- В) деструкция малых отростков подоцитов;
- Г) отложения иммунных комплексов в гломерулярной базальной мембране;
- Д) облитерация выносящей артериолы.

Ответ: (А)

92. Показания для назначения глюкокортикоидов при хроническом гломерулонефрите:

- А) нефротический синдром;
- Б) мочевого синдром;
- В) гипертензия;
- Г) почечная недостаточность;
- Д) профилактический курс терапии.

Ответ: (А)

93. Рекомендуемые начальные суточные дозы преднизолона при лечении хронического гломерулонефрита:

- А) 20 мг;
- Б) 40 мг;
- В) 60-80 мг;
- Г) 120 мг ч/день;
- Д) пульс-терапия метипредом.

Ответ: (В)

94. Рекомендуемые суточные дозы гепарина на начало лечения хронического гломерулонефрита:

- А) 5000 ед;
- Б) 10000 ед;
- В) 15000 ед;
- Г) 20000 ед;
- Д) 30000 ед.

Ответ: (Г)

"Верно-неверно"

Выбрать один правильный ответ.

096. Самая высокая протенурия наблюдается:

- а) при остром гломерулонефрите;
- б) при амилоидозе;
- в) нефротическом синдроме;
- г) при хроническом гломерулонефрите;
- д) при хроническом пиелонефрите.

Ответ: (в)

097. Основное диагностическое значение имеет при пиелонефрите:

- а) учащенное, болезненное мочеиспускание;
- б) лейкоцитурия;
- в) боли в поясничной области;
- г) лихорадка;
- д) бактериурия.

Ответ: (д)

099. При наличии у пациента периодической лейкоцитурии, стерильной мочи и выявленной при УЗИ деформации почечных лоханок можно заподозрить:

- а) рак почки;
- б) хронический пиелонефрит;
- в) врожденную аномалию;
- г) туберкулез почек;
- д) подагрическую нефропатию.

Ответ: (г)

100. Что является решающим для вынесения МСЭК заключения о признании инвалидом при хроническом гломерулонефрите:

- а) возраст пациента;
- б) допущенные дефекты в лечении;
- в) ходатайство предприятия, на котором работает больной;
- г) неблагоприятный трудовой прогноз.

Ответ: (г)

101. В рамках мероприятий по терапевтическому изменению стиля жизни пациентам с хронической болезнью почек (ХБП) С1-С5 рекомендовано поддержание регулярной физической активности

- 1) как минимум не менее часа ежедневно;
- 2) как минимум по 60 минут 5 раз в неделю;
- 3) как минимум по 30 минут 5 раз в неделю;+**
- 4) как минимум по 30 минут ежедневно;
- 5) как минимум по 45 минут 5 раз в неделю.

102. В целях достижения необходимого антигипертензивного эффекта и ренопротекции пациентам с хронической болезнью почек (ХБП) и АГ рекомендовано

- 1) комбинировать блокаторы рецепторов ангиотензина II с блокаторами кальциевых каналов;+**
- 2) избегать применения иАПФ;
- 3) комбинировать ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) с блокаторами кальциевых каналов (БКК);+**
- 4) избегать применения монотерапии блокаторами кальциевых каналов;+**
- 5) комбинировать блокаторы кальциевых каналов с диуретиками.

103. Высокоспецифические признаки повреждения почечных структур

- 1) лейкоцитурия;
- 2) канальцевая протеинурия;+**
- 3) эритроцитурия;
- 4) альбуминурия;+**
- 5) цилиндрурия.

104. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» в медицинской документации должен указываться

- 1) в разделе сопутствующей патологии;
- 2) в конце формулировки основного диагноза;
- 3) до описания нозологической формы и синдромных проявлений основного заболевания почек;
- 4) после описания нозологической формы и синдромных проявлений основного заболевания почек.+**

105. Диагностика причин хронической болезни почек (ХБП) основана на

- 1) клиническом подходе;
- 2) морфологическом подходе;
- 3) генетическом подходе;
- 4) клинико-морфологическом подходе;+**
- 5) патолого-гистологическом подходе.

106. Диагностика хронической болезни почек (ХБП) направлена на

- 1) выявление системных осложнений;+**
- 2) доказательство изменений «хронического» характера;+**
- 3) выявление признаков дисфункции почек;+**
- 4) определение этиологических факторов;+**
- 5) определение показаний к госпитализации.

107. Для варианта завершения острого процесса, приводящего к повреждению почек, справедливо

- 1) неполное выздоровление с остаточными явлениями;
- 2) гибель органа;+**
- 3) острый процесс завершается в течение 3-х месяцев;+**
- 4) полное выздоровление с сохранением клеточных популяций органа;+**
- 5) выздоровление со снижением клеточной массы органа.+**

108. Для изменения состава крови и мочи при хронической болезни почек (ХБП) справедливо

- 1) гидронефроз;
- 2) изменение электролитов;+**
- 3) отсутствие нарушений кислотно-щелочного баланса;
- 4) уремия;+**
- 5) азотемия.+**

109. Для минимального объема лабораторной диагностики анемии при хронической болезни почек (ХБП) рекомендованы методы

- 1) общий (клинический) анализ крови;+**
- 2) уреазный тест;
- 3) исследование кала на скрытую кровь;+**
- 4) исследование уровня ферритина в крови;+**
- 5) исследование уровня железа сыворотки крови.+**

110. Для минимального объема лабораторной диагностики дислипидемии при хронической болезни почек (ХБП) справедливы все методы, кроме следующего

- 1) исследование уровня холестерина в крови;
- 2) исследование уровня триглицеридов в крови;
- 3) исследование уровня холестерина липопротеинов высокой плотности в крови;
- 4) исследование уровня паратиреоидного гормона в крови;+**
- 5) исследование уровня холестерина липопротеинов низкой плотности.

111. Для оценки тяжести поражения почек при хронической болезни почек (ХБП) А3-А4 (~соответствует протеинурии $>0,5$ г/сут) используются

- 1) альбуминурия;
- 2) отношение общий белок/креатинин в утренней порции мочи;+**
- 3) лейкоцитурия;
- 4) цилиндрурия;
- 5) суточная протеинурия.+**

112. Для первичного скрининга хронической болезни почек (ХБП) у ранее необследованных лиц с подозрением на ХБП рекомендовано

- 1) определение расчетной скорости клубочковой фильтрации;
- 2) скрининг с помощью модифицируемого опросника ВОЗ;
- 3) полуколичественное определение альбумина/белка в моче с помощью тест-полосок;+**
- 4) проведение общего анализа мочи с последующим подтверждением результатов количественными методами;+**
- 5) скрининг по шкале FRAX.

113. Для скорости клубочковой фильтрации справедливо

- 1) используется, как интегральный показатель функционального состояния почек;+**
- 2) стандартизуется на массу тела;
- 3) величина выражается в мл/мин;+**
- 4) определяется величинами почечного плазматочка, фильтрационного давления, фильтрационной поверхности;+**
- 5) количество миллилитров плазмы крови, профильтровавшейся во всех клубочках почек за одну минуту.+**

114. Для фиброза при хронической болезни почек справедливо

- 1) фиброз — это результат подострых процессов;
- 2) фиброз может быть результатом острых процессов;+**
- 3) фиброз связан с действием разнообразных этиологических факторов;+**
- 4) в результате фиброза развивается некробиоз или апоптоз клеточных популяций;+**
- 5) фиброз — это результат медленно прогрессирующих патологических процессов.+**

115. Для хронической болезни почек (ХБП) справедливо

- 1) наднозологическое понятие;+**
- 2) персистирующее в течение двух месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов;
- 3) персистирующее в течение трех месяцев или более поражение органа вследствие действия различных этиологических факторов;+**
- 4) анатомической основой ХБП является процесс замещения нормальных анатомических структур фиброзом.+**

116. Для хронической болезни почек (ХБП) справедливо все, кроме следующего

- 1) в обычной клинической практике проведение популяционного скрининга ХБП у лиц без факторов ее риска не рекомендован;
- 2) в обычной клинической практике проведение популяционного скрининга ХБП у лиц без факторов ее риска рекомендован;+**
- 3) при персистирующем снижении СКФ <60 мл/мин/1,73 м², диагноз ХБП устанавливается даже при отсутствии каких-либо маркеров почечного повреждения;
- 4) тактика ведения пациента определяется индивидуально;
- 5) для диагностики ХБП необходимо подтверждение наличия маркеров повреждения почек при повторных исследованиях, как минимум, в течение трех месяцев.

117. Изменения в клеточном осадке мочи при хронической болезни почек (ХБП)

- 1) отсутствие лейкоцитов;
- 2) отсутствие лейкоцитарных цилиндров;
- 3) тубулярные клетки;+**
- 4) эритроцитарные цилиндры;+**
- 5) эритроцитурия (гематурия).+**

118. К модифицируемым основным факторам риска хронической болезни почек (ХБП) относятся

- 1) сахарный диабет;+**
- 2) артериальная гипертензия;+**
- 3) беременность;+**
- 4) низкое потребление белка;
- 5) пожилой возраст.

119. К немодифицируемым основным факторам риска хронической болезни почек (ХБП) относятся

- 1) низкая масса тела при рождении;+**
- 2) перенесенное острое повреждение почек;+**
- 3) семейный анамнез ХБП;+**
- 4) гиперурикемия;
- 5) табакокурение;
- 6) пожилой возраст.+**

120. К осложнениям хронической болезни почек (ХБП) относят

- 1) **ацидоз;**+
- 2) **анемия;**+
- 3) алкалоз;
- 4) **нарушение обмена фосфора;**+
- 5) **вторичный гиперпаратиреоз.**+

121. Клиническая диагностика, направленная на выявление признаков поражения почек, основана на следующих критериях

- 1) снижение СКФ <65 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев;
- 2) **снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трех и более месяцев;**+
- 3) **любые клинические признаки, указывающие на повреждение почек и персистирующие не менее трех месяцев;**+
- 4) **признаки необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании или при его визуализации;**+
- 5) снижение СКФ <60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение шести и более месяцев.

122. Количество пищевого потребления калия при хронической болезни почек (ХБП) С3-С5Д и уровне К $>5,0$ ммоль/л

- 1) **до 2–3 г/сутки;**+
- 2) до 5 г/сутки;
- 3) до 4 г/сутки;
- 4) до 1–2 г/сутки;
- 5) исключить из употребления пищи, обогащенной калием.

123. Компоненты кардио-ренального континуума

- 1) мальнутриция;
- 2) **заболевания почек;**+
- 3) нейродегенеритивные изменения;
- 4) **заболевания сердца и сосудов;**+
- 5) **средовые и генетические факторы.**+

124. Лекарственные препараты, вызывающие гиперкалиемию

- 1) антагонисты кальциевых каналов;
- 2) петлевые диуретики;
- 3) **бета-адреноблокаторы;**+
- 4) **антагонисты минералкортикоидных рецепторов;**+
- 5) **нестероидные противовоспалительные препараты.**+

125. Малосимптомное течение хронической болезни почек (ХБП) характерно для следующих стадий

- 1) **С2;**+
- 2) **С3а;**+
- 3) С3б;
- 4) **С1;**+
- 5) С4.

126. Медиаторы клеточного и структурного повреждения почек

- 1) факторы роста;+
- 2) галектин;
- 3) С-реактивный белок;
- 4) цитокины.+

127. Метаболические и эндокринные механизмы патогенеза хронической болезни почек

- 1) эритроцитоз;
- 2) гиперпаратиреонизм;+
- 3) дислиппротеидемия;+
- 4) низкое потребление белка;
- 5) гипоурекемия.

128. Метод, рекомендуемый для проведения пациентам с подозрением на ХБП с целью ее первичной диагностики

- 1) обзорная урография;
- 2) МРТ почек;
- 3) рентгенография почек и мочевыводящих путей;
- 4) УЗИ почек;+
- 5) внутривенная урография.

129. Основные модифицируемые факторы прогрессирования хронической болезни почек

- 1) артериальная гипертензия;+
- 2) гломерулярная гипофльтрация;
- 3) низкобелковая диета;
- 4) гломерулярная гиперфльтрация;+
- 5) недостаточный метаболический контроль сахарного диабета.+

130. Основные показания к выполнению биопсии почки

- 1) стойкая протеинурия и/или гематурия после исключения других причин;+
- 2) неконтролируемая артериальная гипертензия;
- 3) нефритический синдром (острый, быстро прогрессирующий, хронический);+
- 4) низкая фракция выброса левого желудочка;
- 5) нефротический синдром.+

131. Основные показания к плановой госпитализации в стационар

- 1) впервые выявленный нефротический синдром или сочетание гипоальбуминемии и протеинурии $<3,5$ г/сутки/1,73 м²;
- 2) впервые выявленное снижение СКФ до уровня <60 мл/мин/1,73 м²;+
- 3) хроническая болезнь почек (ХБП) С1-С5Д на фоне беременности;+
- 4) сочетание протеинурии (А1) и гематурии;
- 5) формирование доступа для диализа.+

132. Основные показания к экстренной госпитализации в стационар

- 1) ХБП С1-С5 и водно-электролитные нарушения и ацидоз;
- 2) подготовка к проведению оперативного лечения у пациента с ХБП по разным показаниям;
- 3) впервые выявленное снижение СКФ <30 мл/мин/1,73 м²;+
- 4) ХБП С1-С5Д и резистентная к амбулаторному лечению АГ (включая гипертензивный криз).+

133. Принципы назначения антагонистов минералкортикоидных рецепторов при хронической болезни почек (ХБП) С5

- 1) эплеренон — 75 мг/сут, 12 месяцев;
- 2) спиронолактон — 12,5-25 мг/сут, 4-12 месяца;+**
- 3) спиронолактон — 25-50 мг/сут, 4-12 месяца;
- 4) эплеренон — 50 мг/сут, 12 месяцев;+**
- 5) эплеренон — 75 мг/сут, 24 месяцев.

134. Принципы организации амбулаторной помощи пациентам с хронической болезнью почек (ХБП)

- 1) наблюдение врачом общей практики один раз в год;
- 2) участковый принцип организации;
- 3) прием врача-нефролога поликлиники;+**
- 4) диспансерное наблюдение;+**
- 5) территориальный принцип организации.+**

135. Принципы раннего выявления хронической болезни почек (ХБП)

- 1) регулярно, но не реже 1 раза в 2 года;+**
- 2) регулярно, но не реже 1 раза в год;
- 3) проводить диагностику на основе исследования альбуминурии/протеинурии и расчетной СКФ у всех лиц;
- 4) проводить диагностику на основе исследования альбуминурии/протеинурии и расчетной скорости клубочковой фильтрации (СКФ) у лиц с факторами риска ХБП;+**
- 5) проводить диагностику на основе расчетной СКФ.

136. Расчетные значения скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с целью первичной диагностики хронической болезни почек (ХБП) и оценки прогноза у взрослых пациентов определяются по формуле

- 1) MDRD;
- 2) Кокрофта-Голта;
- 3) IDMS;
- 4) Формула Яффе;
- 5) СКВ-EPI.+**

137. С целью ренопротекции пациентам с хронической болезнью почек (ХБП) С1-С5 рекомендовано использовать в комбинированной антигипертензивной терапии следующие препараты

- 1) индапамид при рСКФ >30 мл/мин/1,73 м²;+**
- 2) гидрохлоротиазид при рСКФ >30 мл/мин/1,73 м²;+**
- 3) индапамид при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м²;
- 4) петлевые диуретики или их комбинацию с тиазидными диуретиками при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м²;+**
- 5) гидрохлоротиазид при рСКФ <30 мл/мин/1,73 м².

138. Случай хронической болезни почек (ХБП) классифицируется в медицинской документации с указанием

- 1) градации выраженности альбуминурии/протеинурии;+**
- 2) значения микроальбуминурии;
- 3) получения заместительной почечной терапии (диализ (Д) и трансплантация (Т));+**
- 4) модифицируемых и немодифицируемых факторов риска;
- 5) стадии в зависимости от значений скорости клубочковой фильтрации (С1-С5).+**

139. Стадия С1 хронической болезни почек (ХБП) соответствует скорости клубочковой фильтрации

- 1) **более 90 мл/мин/1,73 м²;+**
- 2) 30–44 мл/мин/1,73 м²;
- 3) 15–29 мл/мин/1,73 м²;
- 4) 60–89 мл/мин/1,73 м²;
- 5) 45–59 мл/мин/1,73 м².

140. Стадия С2 хронической болезни почек (ХБП) соответствует скорости клубочковой фильтрации

- 1) более 90 мл/мин/1,73 м²;
- 2) 15–29 мл/мин/1,73 м²;
- 3) **60–89 мл/мин/1,73 м²;+**
- 4) 30–44 мл/мин/1,73 м²;
- 5) 45–59 мл/мин/1,73 м².

141. Стадия С3а хронической болезни почек (ХБП) соответствует скорости клубочковой фильтрации

- 1) 30–44 мл/мин/1,73 м²;
- 2) более 90 мл/мин/1,73 м²;
- 3) 15–29 мл/мин/1,73 м²;
- 4) **45–59 мл/мин/1,73 м²;+**
- 5) 60–89 мл/мин/1,73 м².

142. Стадия С3б хронической болезни почек (ХБП) соответствует скорости клубочковой фильтрации

- 1) 45–59 мл/мин/1,73 м²;
- 2) **30–44 мл/мин/1,73 м²;+**
- 3) более 90 мл/мин/1,73 м²;
- 4) 60–89 мл/мин/1,73 м²;
- 5) 15–29 мл/мин/1,73 м².

143. Стадия С4 хронической болезни почек (ХБП) соответствует скорости клубочковой фильтрации

- 1) 60–89 мл/мин/1,73 м²;
- 2) **15–29 мл/мин/1,73 м²;+**
- 3) более 90 мл/мин/1,73 м²;
- 4) 30–44 мл/мин/1,73 м²;
- 5) 45–59 мл/мин/1,73 м².

144. Стадия С5 хронической болезни почек (ХБП) соответствует скорости клубочковой фильтрации

- 1) 15–29 мл/мин/1,73 м²;
- 2) 30–44 мл/мин/1,73 м²;
- 3) 60–89 мл/мин/1,73 м²;
- 4) **менее 15 мл/мин/1,73 м²;+**
- 5) 45–59 мл/мин/1,73 м².

145. У пациентов с хронической болезнью почек (ХБП) С3–С5 вне зависимости от наличия сахарного диабета и АГ и в отсутствие противопоказаний рекомендовано использование следующих групп лекарственных препаратов

- 1) антагонисты ренина;
- 2) ингибиторы ангиотензиновых рецепторов и неприлизина;
- 3) **блокаторы рецепторов ангиотензина II;+**

- 4) агонисты имидазалиновых рецепторов;
5) **ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.**+

146. Укажите градацию альбуминурии при значении 2000 и более мг/сутки

- 1) оптимальная или повышенная;
2) очень высокая;
3) высокая;
4) **нефротическая;** +
5) нормальная.

147. Укажите градацию альбуминурии при значении 300–1999 мг/сутки

- 1) оптимальная или повышенная;
2) высокая;
3) нефротическая;
4) нормальная;
5) **очень высокая.** +

148. Укажите градацию альбуминурии при значении 30–299 мг/сутки

- 1) нефротическая;
2) **высокая;** +
3) оптимальная или повышенная;
4) нормальная;
5) очень высокая.

149. Укажите градацию альбуминурии при значении менее 10–29 мг/сутки

- 1) нормальная;
2) очень высокая;
3) высокая;
4) нефротическая;
5) **оптимальная или повышенная.** +

3) *Решить ситуационные задачи:*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

При проведении ВОП профосмотра у больной Ш., 28 лет, выявлено повышение артериального давления. Жалоб не предъявляет. В анамнезе частые обострения хронического тонзиллита.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Отеков нет. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается расширение границ сердца влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Артериальное давление 170/110 мм рт.ст., пульс 80 ударов в минуту. Язык чистый влажный, живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания поясничной области отрицателен с обеих сторон.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 120 г/л; цветовой показатель 0,95; лейкоциты $6,0 \times 10^9/л$; эозинофилы - 1%; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 26%; моноциты – 5%; СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: количество - 100,0; реакция - кислая; цвет - светло-желтый; плотность - 1012; белок - 0,8 г/л; эпителиальные клетки - 2-3 в поле зрения. Консультация окулиста - симптомы ретинопатии. Креатинин крови - 0,208 ммоль/л. Скорость КФ 80 мл/мин.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз с учетом современных классификаций (нозология, стадия).
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Определите групп лекарственных препаратов наиболее предпочтительных для данного случая, в частности ингибиторов АПФ.
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к ВОП обратилась больная К., 32 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области. С 10-ти летнего возраста отмечала рези при мочеиспускании, боли в поясничной области, больше слева. В течение последних 5-ти лет отмечает повышение АД. Не обследовалась, лечилась самостоятельно травами, принимала гипотензивные средства.

При объективном исследовании: кожные покровы бледной окраски, кожа сухая. Отеков нет. Отмечается расширение левой границы сердца на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. АД-190/120 мм рт. ст., Ps - 86 в мин, напряжен.

В общем анализе крови: умеренная анемия, СОЭ - 25 мм/час. Суточный диурез - 2500 мл, суточные колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,75 г/л, лейкоциты - 5-6 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин – 0,041 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На прием к врачу общей практики обратился больной М., 21 года, с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту, головную боль ноющего характера в затылочной области, частое, болезненное мочеиспускание, тупые боли в поясничной области. В течение последнего года отмечает повышение АД до 160/110 мм рт.ст. (высокие цифры АД выявлены при медицинском обследовании для спортивных соревнований). Лекарственные препараты не принимал.

При объективном исследовании: кожные покровы бледные. Отеков нет. Левая граница относительной сердечной тупости смещена кнаружи на 1 см от левой срединноключичной линии. АД - 170/110 мм рт.ст., Пульс - 88 в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения.

В общем анализе крови: анемия, СОЭ-25 мм в час. Суточный диурез-2600 мл, колебания удельного веса в пробе Зимницкого - 1005-1008. В общем анализе мочи: белок – 0,5 г/л, лейкоциты -10-15 в п/зр., эритроциты - 2-3 в п/зр. Креатинин плазмы крови-0,048 ммоль/л.

ЗАДАНИЯ

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Тактика врача общей практики?
4. Что необходимо для постановки окончательного диагноза?
5. Составьте план лечения, указав режим, диету, медикаментозное лечение (основные группы лекарственных средств, используемых для лечения данного заболевания).
6. Укажите мероприятия по профилактике и раннему выявлению, которые может проводить команда общей врачебной практики в отношении данного заболевания.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
- 3) Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
- 4) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.6. Болезни крови и органов кроветворения в общей врачебной практике

Цель:. формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов кроветворения.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам с патологией органов кроветворения на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики принципы лечения и особенности заболеваний органов кроветворения;
- изучить алгоритм ведения пациентов при патологии органов кроветворения в амбулаторных условиях с применением положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики заболеваний органов кроветворения, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения врачом общей практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы

(ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Особенности клинического обследования пациентов с заболеваниями крови и органов кроветворения в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний крови и органов кроветворения в популяции и в регионе.
3. Виды анемий. Классификация. Диагностика.
4. Анемический синдром. Синдром гемолиза. Жалобы, клиника.
5. Синдром недостаточности эритропоэза (лабораторный).
6. Синдром повышенной регенерации эритронов.
7. Постгеморрагические анемии. Определение. Клиника.
8. Железодефицитная анемия. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Тактика ведения больного с железодефицитной анемией. Анемия во время беременности.
9. Анемия хронического заболевания. Дифференциальная диагностика с железодефицитной анемией.
10. Мегалобластные анемии: Витамин- В₁₂-дефицитные анемии. Обмен витамина В₁₂. Этиология. Клиническая картина и диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации. Медикаментозное лечение.
11. Мегалобластные анемии: фолиеводефицитная анемия. Код по МКБ-10. Патогенез. Этиология. Профилактика. Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач).

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Предварительный диагноз.

2. Дифференциальный диагноз.
3. Методы обследования.
4. Введение в амбулаторных условиях.
5. Диспансерное наблюдение

1) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 71 год, жалуется на выраженную общую слабость, головокружение, одышку и сердцебиение при небольших физических нагрузках, преходящее ощущение онемения и ползание мурашек в ногах, неустойчивость при ходьбе, чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи.

Из анамнеза: началось все 3 месяца назад. Состоит в ДН в онкологическом диспансере по поводу субтотальной резекции желудка после рака, проведенной 6 лет назад, рецидивов не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное питание понижено, кожа и склеры бледные, с желтушным оттенком, л/у не увеличены. В легких везикулярное дыхание, ЧДД 20, тоны сердца приглушены, ЧСС 96, АД 130/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см по СКЛ, безболезненная, края ровные, плотная.

ОАК: Нб 90г/л, Ег 2,1* 10/12 г/л, ЦП 1,2, выраженный анизоцитоз, Le 3,15*10/9л, Тг 98,7 *10/9/л, ретикулоциты 6%, СОЭ 18 мм /ч

1. Предварительный диагноз

Рак желудка. Состояние после субтотальной резекции желудка. В12-дефицитная анемия, средней степени тяжести.

2. Дифференциальный диагноз

с железодефицитной анемией (снижение ЦП ниже 0,8, микроцитоз, сидероцитоз (снижение эритроцитов с гранулами железа, снижение ферритина,), эрозии и язвы ЖКТ, их осложнения (частое применение НПВС, снижение Нб , повышение АЛТ, АСТ, боли в эпигастрии, бледность кожи,, нарушение питания, появление мелены или крови в кале, слабость, изменения в ФГДС),опухолевые заболевания(слабость, увеличенные л/у, кровохарканье, каловые кровотечения, похудание, бледность, снижение гемоглобина, КТ изменения, функциональные нарушения органов поражения), гепатит(бледность с желтушным оттенком, , увеличение АЛТ и АСТ, ГГТП, ЩФ, СРБ, лейкоцитоз, тромбоцитопения, фибриногена).

3. Методы обследования

Сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, лабораторные данные (Нб низкий, эритроцитопения, лейкоцитоз, тромбоцитопения, ускоренное СОЭ, В12 в сыворотке, билирубинемия), ОАМ (возможен белок, билирубинурия), пункция костного мозга, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

4.Введение в амбулаторных условиях

Полноценное питание, рекомендуется включить в рацион печень, овощи, фрукты, зелень, молоко, сыр, питаться регулярно, тщательно пережевывая пищу. Назначить Цианокабаламин по 1000 мкг в/м в течении 8 недель, под контролем ОАК,БАК, затем 1 раз в неделю до нормализации Нб, затем 1 раз в месяц пожизненно.

5.Диспансерное наблюдение

ДН у терапевта, онколога с контролем ОАК 1 раз в 2 месяца, ЭФГДС 1 раз в 6-12 месяцев

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 мелкоочечных 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.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы желтушные, иктеричность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92, АД 90/60. 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.

Объективно: 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

Объективно: 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.

Задача 6.

Больная 35 лет, спустя неделю после перенесенной фолликулярной ангины, отметила повторный подъем температуры до 39, резкую слабость, озноб, боли в поясничной области, постоянную тошноту, однократную рвоту, моча цвета темного пива.

Анамнез: перенесла детские инфекции, какие не помнит, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, с лимонным оттенком, иктеричность склер, в зеве миндалины 3 степени, гиперемия дужек, увеличены подчелюстные л/у до 2,5 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 100, АД 90/60, живот мягкий б/б, печень 12х10х9, селезенка +3 см, отеков нет.

ОАК: 50 г/л, эр 1,8х10¹²/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 360%, лейкоциты 11х10⁹/л, Т180, СОЭ 45мм/час, лейкоформула: п 5%, с 62%, л 28%, м 5%.

Б/х крови: общий билирубин 45ммоль/л, непрямой билирубин 37ммоль/л, АЛТ 0,8, АСТ 1,0, пр. Кумбса +++

ОАМ: 1012, белок 0,099г/л, эр единичные, лей 3-4 в п.зр.

Задача 7.

Больной 37 лет, жалуется на слабость, потливость, потерю в весе за последние полгода на 15 кг, чувство тяжести в левом подреберье.

Анамнез: детские инфекции, ОРВИ. Состоит в союзе «Чернобыль», контактен по ионизирующей радиации

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные и чистые, периферические л/у не увеличены, в легких дыхание везикулярное хрипов нет, тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 80, АД 120/80, живот мягкий б/б, печень 16х13х12, селезенка +20.

ОАК: 95 г/л, эр 2,8х10¹²/л, ЦП 0,87, СОЭ 37мм/час, Т 1000, лейкоциты 180х10⁹/л, лейкоформула: п 8%, с 34%, л/ф 3%, м 1%, э 7%, базофилы 9%, миелобласты 1%, промиелоциты 13%, миелоциты 16%, метамиелоциты 13%. Миелограмма: препарат костного мозга повышенной клеточности, с преобладанием созревающих и зрелых клеток гранулоцитарного ряда, миелобласты 4%, увеличено количество эозинофильных и базофильных элементов, а также мегакариоцитов, кариотип: транслокация 9, 22.

Задача 8.

Больная 54 года, жалобы на слабость, головокружение, чувство тяжести в голове, в левом подреберье, кожный зуд после водных процедур.

Анамнез: острая инфекция мочевых путей 3 года назад.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы лица и шеи гиперемированы, инъецированность склер, периферические л/у не увеличены, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 72, АД 190/100, левая граница сердца на 1,5см

кнаружи от СКЛ, живот мягкий б/б, печень 11х9х8, селезенка +5см

ОАК: 211 г/л, эр 6,9х10¹²/л, ЦП 0,95 тромбоциты 800, СОЭ 1мм/час. Лейкоцит. формула: п 5%, с 85%, л 6%, м 4%.

Задача 9.

Больной 50 лет, жалобы на резкую слабость, проливные поты по ночам, увеличение л/у на шее и в подмышечных областях,

Анамнез: увеличение л/у 6 месяцев назад, чувствовал себя хорошо, за мед. помощью не обращался.

Объективно: состояние удовлетворительное, питание достаточное, кожные покровы чистые без геморрагий, увеличение всех групп периферических л/у (шейные, подмышечные, паховые) до 2-3см, мягкоэластической консистенции, б/б, не спаяны с кожей, селезенка +10см.

ОАК:130 г/л, эр 5,0, ЦП 0,9, лей 280, Т 250, С 2%, Лф 96,8%.

Задача 10.

Больная 54 лет, жалобы на боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, боковых отделах грудной клетки.

Анамнез: в течение 20 лет наблюдается у невролога по поводу остеохондроза.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, периферические л/у не увеличены, дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены ритмичные, ЧСС 88, АД 130/80, живот мягкий б/б печень и селезенка не увеличены.

ОАК: 85 г/л, Эр 2,8х10¹²/л. ЦП 0,99, Т 230, СОЭ 72мм/час, лейкоциты 5,0х10⁹/л, лейкоцитарная формула: п 1%, с 70%, лф 70%, м 3%.

Морфология: анизоцитоз +, пойкилоцитоз +

Сыворотка крови: общий белок 104ммоль/л, альбумины 41%, глобулины – 59%, альфа1 - 4,3%, альфа 2 - 8,7%, бета - 12,4%, гамма – 34%, М-компонент в области гамма - фракции.

Обзорная рентгенография грудной клетки: легкие и сердце в норме, диффузный остеопороз ребер и ключиц.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	
	1	Предварительный диагноз, факторы риска
	-	
	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
	-	
	3	Установите группу диспансерного наблюдения
	-	
	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
	-	

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

1. Особенности клинического обследования пациентов с заболеваниями крови и органов кроветворения в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний крови и органов кроветворения в популяции и в регионе.
3. Виды анемий. Классификация. Диагностика.
4. Анемический синдром. Синдром гемолиза. Жалобы, клиника.
5. Синдром недостаточности эритропоэза (лабораторный).
6. Синдром повышенной регенерации эритронов.
7. Постгеморрагические анемии. Определение. Клиника.
8. Железодефицитная анемия. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Тактика ведения больного с железодефицитной анемией. Анемия во время беременности.
9. Анемия хронического заболевания. Дифференциальная диагностика с железодефицитной анемией.
10. Мегалобластные анемии: Витамин- В₁₂-дефицитные анемии. Обмен витамина В₁₂. Этиология. Клиническая картина и диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации. Медикаментозное лечение.
11. Мегалобластные анемии: фолиеводефицитная анемия. Код по МКБ-10. Патогенез. Этиология. Профилактика. Клиника. Диагностика. Лечение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

01. Из перечисленных клеток в нормальном лимфоузле присутствуют:

1. только миелоидные клетки;
2. ВолькоР
2. только В-лимфоциты;
3. только Т-лимфоциты;
4. В-лимфоциты, Т-лимфоциты, а также клетки циркулирующей крови.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

02. К функциям селезенки относятся:

1. выработка антител;
2. секвестрация клеток крови;
3. торможение костномозгового кроветворения;
4. синтез эритропоэтина.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (А)

03. Из перечисленных клеточных элементов периферической крови роль неспецифических факторов иммунной защиты выполняют:

- 1. нейтрофилы;
- 2. эозинофилы;
- 3. базофилы;
- 4. моноциты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

04. Из перечисленных клеток крови иммуноглобулины синтезируют:

- А) эритроциты;
- Б) гранулоциты;
- В) Т-лимфоциты;
- Г) В-лимфоциты;
- Д) тромбоциты.

Ответ: (Г)

05. Антитела следующего класса иммуноглобулинов осуществляют первичный иммунный ответ:

- А) иммуноглобулины G;
- Б) иммуноглобулины A;
- В) иммуноглобулины M;
- Г) иммуноглобулины D;
- Д) иммуноглобулины E.

Ответ: (В)

06. Морфологической основой гуморального иммунитета являются:

- А) резкая болезненность;
- Б) “деревянная” плотность;
- В) плотноэластическая консистенция;
- Г) спаянность с кожей и между собой;
- Д) мягкие, безболезненные.

Ответ: (В)

07. Морфологической основой специфического клеточного иммунитета являются:

- А) Т-лимфоциты;
- Б) В-лимфоциты;
- В) плазмоциты;
- Г) макрофаги;
- Д) эритроциты.

Ответ: (А)

08. Генез железодефицитной анемии у женщин можно непосредственно связать со следующими данными анамнеза:

- А) резекцией желудка;
- Б) большим количеством детей (родов);
- В) нефрэктомией
- Г) гипосекреторным гастритом;
- Д) оральной контрацепцией.

Ответ: (Б)

09. Грифельно-серый цвет кожи характерен для:

- А) эритремии;
- Б) множественной миеломы;
- В) болезни Гоше;
- Г) синдрома Гудпасчера;
- Д) анемии.

Ответ: (Г)

10. Синюшная окраска лица, ушей, ладоней характерна для:

- А) эритремии;
- Б) множественной миеломы;
- В) болезни Гоше;
- Г) геморрагического васкулита;
- Д) лимфогрануломатоза.

Ответ: (А)

11. Сине-бурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для:

- А) множественной миеломы;
- Б) СПИДа;
- В) геморрагического васкулита;
- Г) системной красной волчанки;
- Д) лимфолейкоза.

Ответ: (Б)

12. Выраженное похудание характерно для:

- А) лимфопролиферативных заболеваний;
- Б) миелопролиферативных заболеваний;
- В) болезни Кули;
- Г) мегалобластной анемии;

Д) геморрагического васкулита.

Ответ: (А)

13. Характеристика лимфоузлов при гематосаркомах в начальных стадиях заболевания:

А) макрофаги;

Б) Т-лимфоциты;

В) В-лимфоциты;

Г) плазмциты;

Д) эритроциты.

Ответ: (В)

14. Увеличение селезенки у взрослых уже в начальной стадии заболевания характерно для:

А) гемолитических анемий;

Б) железодефицитных анемий;

В) множественной миеломы;

Г) болезни тяжелых цепей;

Д) мегалобластной анемии.

Ответ: (А)

15. Ярко-красный язык нередко наблюдается при:

А) амилоидозе;

Б) тромбоцитопении;

В) мегалобластной анемии;

Г) болезни Гоше;

Д) множественной миеломе.

Ответ: (В)

16. Жалобы на тяжесть в голове и кошмарные сновидения типичны для:

А) выраженной анемии;

Б) нейрорлейкоза;

В) амилоидоза;

Г) эритремии.

Ответ: (Г)

17. Рецидивирующий Herpes labialis характерен для:

А) множественной миеломы;

Б) мегалобластной анемии;

В) апластической анемии;

Г) лимфопролиферативных заболеваний;

Д) железодефицитной анемии.

Ответ: (Г)

18. При замедлении СОЭ (менее 3 мм/ч) следует думать о:

А) криоглобулинемии;

Б) болезни Гоше;

В) эритроцитозе;

- Г) талассемии;
- Д) железодефицитной анемии.

Ответ: (В)

19. Обнаружение гемосидерина в моче наиболее характерно для:

- А) внутриклеточного гемолиза;
- Б) внутрисосудистого гемолиза;
- В) терминальной стадии хронической почечной недостаточности;
- Г) геморрагического цистита как осложнения терапии циклофосфаном;
- Д) талассемии.

Ответ: (Б)

20. Пункцию лимфатического узла целесообразно использовать для:

- А) установления варианта лимфогранулематоза;
- Б) диагностики лимфаденитов;
- В) установления цитохимического варианта острого лейкоза;
- Г) диагностики метастазов рака;
- Д) уточнения клеточного состава лимфатического узла.

Ответ: (Г)

21. Внутривенная урография противопоказана при:

- А) апластической анемии;
- Б) синдроме Гудпасчера;
- В) множественной миеломе;
- Г) эритремии;
- Д) лимфогранулематозе.

Ответ: (В)

22. Факторами, вызывающими мутации генов, являются:

- 1. инфракрасное излучение;
- 2. ионизирующее излучение;
- 3. тяжелые металлы;
- 4. алкилирующие химические препараты.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

23. В основе патогенеза СПИДа лежит:

- 1. паралич фагоцитарной активности;
- 2. прогрессирующее снижение уровня CD-8 клеток;
- 3. депрессия IgM;
- 4. прогрессирующее снижение уровня CD-4 клеток.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

24. Типичные проявления СПИДа:

- 1. исхудание, лихорадка
- 2. депрессия;
- 3. головная боль;
- 4. нарушение мозгового кровообращения.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

25. Диагностика СПИДа основывается:

- А) на данных клинической картины;
- Б) на бактериологическом исследовании испражнений;
- В) на результатах посева крови;
- Г) на иммунохимическом исследовании
- Д) на исследовании субвариантов лимфоцитов.

Ответ: (Д)

26. Группа крови по системе АВО устанавливается:

- 1. только по результатам реакции агглютинации эритроцитов исследуемой крови анти-А и анти-В реагентами
- 2. только по результатам реакции агглютинации стандартных эритроцитов с сывороткой исследуемой крови;
- 3. по результатам параллельного исследования изогемагглютининов и групповых веществ в сыворотке;
- 4. по результатам параллельного исследования антигенов эритроцитов и изогемагглютининов в сыворотке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

27. При определении группы крови по системе АВО используются:

1. непрямой антиглобулиновый метод;
2. конглоутинация с желатином;
3. Конглоутинация с альбумином;
4. реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Г)

28. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится:

1. для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и резус-фактору.
2. для подтверждения сбвместимости крови донора и реципиента по системе АВО;
3. для выявления аутоенсибилизации эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора;
4. для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (В)

29. С помощью прямой пробы Кумбса выявляют:

1. сенсбилизацию эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе;
2. С-реактивный белок;
3. аутоиммунные неполные антиэритропитарные антитела;
4. ревматоидный фактор и иммунные комплексы при системной красной волчанке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

30. Непрямая проба Кумбса применяется для выявления:

1. сенсбилизации эритроцитов плода антителами матери при гемолитической желтухе
2. аутоиммунных неполных антиэритроцитарных антител;
3. антигенов эритроцитов при типировании крови взамен изогемагглютинирующих сывороток;
4. иммунных антиэритроцитарных антител в сыворотке реципиента и слабых резус-антигенов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

31. Ионизирующая радиация имеет основное причинное значение при:

- А) хроническом лимфолейкозе;
- Б) лимфосаркоме;
- В) лимфогранулематозе;
- Г) остром миелобластном лейкозе;
- Д) множественной миеломе.

Ответ: (Г)

32. Классификация лейкозов основана на:

- А) клинической картине заболевания;
- Б) анамнестических данных;
- В) степени зрелости клеточного субстрата заболевания;
- Г) продолжительности жизни больного;
- Д) эффективности проводимой терапии.

Ответ: (В)

33. Решающее отличие злокачественной опухоли от доброкачественной состоит в:

- А) темпе увеличения массы опухоли;
- Б) секреции аномальных белков;
- В) наличии метастазов;
- Г) наличии опухолевой прогрессии;
- Д) увеличении СОЭ.

Ответ: (Г)

34. При подозрении на острый лейкоз необходимо выполнить:

- А) биопсию лимфоузла;
- Б) стернальную пункцию;
- В) пункцию селезенки;
- Г) подсчет ретикулоцитов;
- Д) УЗИ печени и селезенки.

Ответ: (Б)

35. В основе подразделения лейкозов на острые и хронические лежит:

- А) Характер течения заболевания;
- Б) возраст больных;
- В) степень угнетения нормальных ростков кроветворения;
- Г) степень анаплазии элементов кроветворной ткани;
- Д) продолжительности заболевания.

Ответ: (Г)

36. Понятие «опухолевая прогрессия лейкозов» означает:

1. более злокачественное течение;
2. прогрессирование процесса;
3. ?оявлениеР=овыхР0втономныхР1олееР?атологическихР:лоновР:летокл
3. появление новых автономных более патологических клонов клеток;
4. снижение количества эритроцитов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

37. Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется:

1. высокой лихорадкой
2. диареей;
3. шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области;
4. развитием на фоне агранулоцитоза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

38. Характерными особенностями периферической крови при хроническом миелолейкозе в развернутой стадии заболевания являются:

1. сдвиг формулы крови влево до метамиелоцитов
2. увеличение числа лимфоцитов
3. базофильноэозинофильная ассоциация;
4. появление клеток типа плазмобластов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

39. Нормальная картина пунктата костного мозга при подозрении на множественную миелому:

1. исключает полностью диагноз заболевания;
2. исключает диагноз полностью при отсутствии других симптомов заболевания;

3. исключает диагноз только при достаточном количестве в пунктате миелокариоцитов
4. не исключает полностью диагноз заболевания.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Г)

40. Из перечисленных симптомов для множественной миеломы не характерны:

1. снижение концентрационной способности почек и гиперкальциемия
 2. похудание;
 3. костные боли и полинейропатия;
 4. повышение температуры тела.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (В)

41. Режим больных с множественной миеломой предполагает:

1. ношение корсета;
 2. максимальную физическую активность;
 3. лечебную физкультуру;
 4. ограничение движений.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

42. Решающими для диагностики лимфогранулематоза являются:

- А) исследования крови (гемограмма, биохимическое исследование);
Б) микроскопическое исследование лимфоидной ткани;
В) сцинтиграфия;
Г) лимфография;
Д) компьютерная и ЯМР-томография.
Ответ: (Б)

43. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен:

1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости;
2. тромбоцитозом;

3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов;
4. активацией плазменного гемостаза.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

44. Парапρωтеинемические гемобластозы характеризуются:

1. происхождением из В- лимфоцитов;
2. происхождением из Т-лимфоцитов;
3. секрецией моноклональных иммуноглобулинов;
4. высокой эозинофилией.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

45. Наиболее частым клиническим признаком сублейкемического миелоза является:

- А) спленомегалия;
Б) анемический синдром;
В) портальная гипертензия;
Г) тромботические осложнения;
Д) прогрессирующее похудание.

Ответ: (А)

46. Основное количество железа в организме человека всасывается:

- А) в желудке;
Б) в нисходящем отделе ободочной кишки;
В) в двенадцатиперстной и тощей кишках;
Г) в подвздошной кишке;
Д) в слепой кишке.

Ответ: (В)

47. Железо всасывается лучше всего:

- А) в форме ферритина;
Б) в форме гемосидерина;
В) в форме гема;
Г) в виде свободного трехвалентного железа;
Д) в виде свободного двухвалентного железа.

Ответ: (В)

48. За сутки железа может всосаться не более:

- А) 0,5-1,0 мг;
- Б) 2,0-2,5 мг;
- В) 4,0-4,5 мг;
- Г) 10,0-12,01 мг;
- Д) 7,0-8,0 мг.

Ответ: (Б)

49. Причиной железо дефицитной анемии у женщин могут быть:

- 1. обильные и длительные менструальные кровопотери;
- 2. болезнь Рандю-Ослера;
- 3. Земорройл
- 3. геморрой;
- 4. опухоли желудочно-кишечного тракта.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

50. Самой частой причиной железодефицитной анемии у мужчин является:

- А) кровопотеря из желудочно-кишечного тракта;
- Б) гломусные опухоли;
- В) алкогольный гепатит;
- Г) гематурическая форма гломерулонефрита
- Д) рак почки.

Ответ: (А)

51. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является:

- А) проба Грегерсена;
- Б) проба Вебера;
- В) определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома;
- Г) определение уровня железа в кале;
- Д) фиброгастроскопия.

Ответ: (В)

52. В случае обнаружения у донора крови дефицита железа следует:

- А) включить в его рацион орехи, икру, гранаты, морковь; -
- Б) рекомендовать ему съедать в течение полугода по 1 кг яблок ежедневно;
- В) перелить тщательно подобранную эритроцитарную массу;
- Г) назначить ему на длительный срок препараты железа перорально;
- Д) назначить ему препараты железа перорально в течение 14 дней.

Ответ: (Г)

53. Причиной железодефицитной анемии у беременной женщины может быть:

1. гиперволемиа;
2. многоплодная беременность;
3. несовместимость с мужем по системе АВО;
4. имевшийся ранее латентный дефицит железа,

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

54. Типичным ошибками при определении содержания железа в сыворотке крови являются:

1. использование обычной лабораторной посуды и однократно перегнанной дистиллированной воды;
2. использование дважды перегнанной дистиллированной воды;
3. осуществление исследования в период лечения препаратами железа;
4. осуществление исследования спустя неделю после последнего приема препарат железа.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

55. Основные принципы лечения железодефицитной анемии сводятся:

1. к своевременному переливанию цельной крови;
2. к ликвидации причины железодефицита, т. е. источника кровотечения – язвы, опухоли, воспаления, если это возможно;
3. к длительному и аккуратному введению препаратов железа внутривенно
4. к назначению препаратов железа перорально на длительный срок.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

56. Для лечения дефицита железа следует назначить:

- А) препараты железа внутривенно в сочетании в мясной диетой;
Б) препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В внутримышечно;
В) регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой;

- Г) препараты железа внутрь на длительный срок;
Д) препараты железа внутрь курсами по 3 месяца два раза в год.
Ответ: (Г)

57. Беременной женщине с хронической железодефицитной анемией следует:
А) принимать внутрь препарат железа до родов и весь период кормления ребенка грудью;
Б) включить в диету красную рыбу, гранаты и морковь;
В) перелить эритроцитарную массу перед родами;
Г) сделать 10 внутривенных инъекций Ferrum Lek;
Д) сочетать пероральный и внутривенный прием препаратов железа до родов.
Ответ: (А)

58. Характерным клиническим проявлением свинцовой интоксикации является:
А) желтуха;
Б) серая кайма на деснах;
В) кровь в кале;
Г) почечная колика;
Д) гепатомегалия.
Ответ: (Б)

59. Характерным признаком анемии, связанной со свинцовой интоксикацией, служит:
А) гиперхромия эритроцитов;
Б) высокий ретикулоцитоз;
В) базофильная пунктация эритроцитов;
Г) появление шизоцитов;
Д) сочетание с эозинофилией.
Ответ: (В)

60. При свинцовом отравлении назначают:
1. плазмаферез;
2. гипотензивные и мочегонные средства;
3. комплексоны;
4. соли калия.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

61. Обязательный лабораторный признак мегалобластной анемии:
А) гиперхромия эритроцитов;
Б) микроцитоз эритроцитов;
В) глюкозурия;
Г) гиперурикемия;

Д) лейкоцитоз.

Ответ: (А)

62. Наиболее вероятной причиной глубокой гиперхромной анемии может являться:

А) алкоголизм и недоедание;

Б) кровопотери;

В) злоупотребление табаком;

Г) цирроз печени;

Д) хронический гепатит.

Ответ: (А)

63. В12-дефицитная анемия после гастрэктомии развивается через:

А) 1 месяц;

Б) 2-3 года;

В) 5 лет;

Г) неделю;

Д) 6 месяцев.

Ответ: (Б)

64. Характерная жалоба больного В12-дефицитной анемией:

А) хромота;

Б) боли за грудиной;

В) жжение языка;

Г) близорукость;

Д) тошнота.

Ответ: (В)

65. Характерным признаком В12-дефицитной анемии является:

А) гипертромбоцитоз;

Б) лейкоцитоз;

В) увеличение СОЭ;

Г) высокий цветной показатель;

Д) лимфоцитоз.

Ответ: (Г)

66. Больного В12-дефицитной анемией следует лечить:

А) всю жизнь;

Б) до нормализации уровня гемоглобина;

В) 1 год;

Г) 3 месяца;

Д) курсами по три месяца два раза в год.

Ответ: (А)

67. Среди гемолитических анемий различают:

1. наследственные;

2. приобретенные;

- 3. симптоматические;
- 4. идиопатические.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Д)

68. Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение:

- 1. инфаркта миокарда;
- 2. диффузных болезней соединительной ткани,
- 3. острой пневмонии;
- 4. лимфопролиферативного синдрома.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (В)

69. Этиологическими факторами цитостатической болезни являются:

- 1. альфа-радиация;
 - 2. альфа- и бета-лучи;
 - 3. антиметаболиты;
 - 4. глюкокортикостероиды
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

70. К типичным инфекционным осложнениям цитостатической болезни относятся:

- 1. флебиты;
- 2. пневмонии;
- 3. грибковый сепсис;
- 4. милиарный туберкулез.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

71. У больного апластической анемией:

1. печень и селезенка не увеличены;
2. печень и селезенка увеличены;
3. лимфоузлы не пальпируются;
4. лимфатические узлы увеличены.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

72. К методам исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза относятся:

- А) определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);
Б) определение протромбинового времени;
В) проба Айви;
Г) определение тромбинового времени;
Д) определение уровня фибронектина.

Ответ: (В)

73. К методам исследования резистентности микрососудов относятся:

- А) проба Кончаловского;
Б) проба Дьюка;
В) определение времени по Ли-Уайту;
Г) определение времени Квика (протромбинового времени);
Д) определение свертывания крови с ядом эфы.

Ответ: (А)

74. К антикоагулянтам прямого действия относится:

- А) фенилин;
Б) гепарин;
В) свежемороженая плазма;
Г) тиклид;
Д) аминокaproновая кислота.

Ответ: (Б)

75. К антикоагулянтам непрямого действия относятся:

- А) фенилин;
Б) гепарин;
В) свежемороженая плазма;
Г) тиклид;
Д) аминокaproновая кислота.

Ответ: (А)

76. К антиагрегантам относятся:

- А) фенилин;
- Б) гепарин;
- В) тиклид;
- Г) аминакапроновая кислота;
- Д) ксантинол-никотинат.

Ответ: (В)

77. К средствам, подавляющим фибринолиз, относятся:

- А) гепарин;
- Б) рекомбинантный антитромбин III;
- В) аминакапроновая кислота;
- Г) тиклид;
- Д) фибринолизин.

Ответ: (В)

78. При гемофилии А наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

- А) X;
- Б) IX
- *В) VIII;
- Г) VII;
- Д) V.

Ответ: (В)

79. При гемофилии В наблюдается наследственный дефицит следующих факторов свертывания крови:

- А) X;
- Б) IX
- В) VIII;
- Г) VII
- Д) V.

Ответ: (Б)

80. Геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна-Геноха) свойственно:

1. развитие заболевания после перенесенной стрептококковой или вирусной инфекции;
2. наличие антитромбоцитарных антител;
3. упорное течение со смешанной криоглобулинемией, в том числе с ревматоидным фактором, с холодовой крапивницей и отеком Квинке, синдромом Рейно
4. развитие артериальных и венозных тромбозов, тромбоцитопения, ложно-положительная реакция Вассермана, синтез антител к ДНК.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

81. Для узловой эритемы характерно:

1. фибриноидное изменение стенок сосудов подкожной клетчатки;
2. аллергический микротромбоваскулит с поражением суставов, почек, мезентериальных сосудов;
3. типичная локализация на коже передне-боковой поверхности голеней, бедер и ягодиц;
4. развитие на фоне саркоидоза, туберкулеза, диффузных заболеваний соединительной ткани.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Д)

82. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром:

1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования;
2. диагностировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки;
3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции — продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РфМК);
4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

83. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на:

1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, бета-нафтоловом и клампинг-тестах
2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов;
3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда;
4. гиперфибриногенемии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

84. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к:

1. рациональному применению антибиотиков при септических состояниях;
2. снижению травматичности вмешательств;
3. предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;
4. рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

85. При лечении свежзамороженной плазмой необходимо придерживаться следующих принципов:

1. вводить свежзамороженную плазму внутривенно, медленно, капельно;

2. вводить свежзамороженную плазму внутривенно, струйно под контролем центрального венозного давления, до 2000 мл/сут;

3. размороженную и неиспользованную свежзамороженную плазму можно заморозить вновь и в дальнейшем вводить больному при необходимости;

4. использование гепарина в комплексе со свежзамороженной плазмой должно осуществляться под контролем уровня физиологических антикоагулянтов.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

86. Диагностика тромбофилических состояний основывается на:

1. исследовании скорости эуглобулинового лизиса;

2. выявлении волчаночного антикоагулянта;

3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов;

4. исследовании ристомидин-зависимой агрегации тромбоцитов.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

87. Решающим признаком лейкоидных реакций является:

1. непродолжительность;

2. прогрессирующее течение;
3. спонтанное выздоровление;
4. доброкачественность течения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

88. Сдвиг до промиелоцитов может наблюдаться при:

1. сепсисе;
2. остром лейкозе;
3. синдроме Лайелла (эпидермальном токсическом некролизе);
4. остром воздействии радиации.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (А)

89. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при паразитарных болезнях, может составлять:

- А) 10-12%;
Б) 20-40%;
В) 40-60%;
Г) 60-80%;
Д) 90%.

Ответ: (В)

90. Максимальная эозинофилия, наблюдаемая при гемобластозах, может составлять:

- А) 10-12%;
Б) 20-40%;
В) 40-60%;
Г) 60-80%;
Д) 90%.

Ответ: (Г)

91. Небольшую цитопению могут вызвать:

- А) сульфаниламиды;
Б) мерказолил;
В) миорелаксанты;
Г) антибиотики;
Д) мочегонные.

Ответ: (Б)

92. Причиной анемической комы могут быть:

1. аутоиммунные гемолитические анемии;
2. дизэритропоэтическая анемия;
3. В2-дефицитная анемия;
4. лимфогранулематоз.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

93. Клиническими симптомами анемической комы являются:

1. отеки;
2. тахикардия;
3. белтушностьР:ожик
3. желтушность кожи;
4. снижение артериального давления.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) - если правильны ответы 1 и 3;

В) - если правильны ответы 2 и 4;

Г) - если правильный ответ 4;

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

94. Первостепенным вмешательством при анемической коме независимо от ее этиологии является:

1. трансфузия свежзамороженной плазмы;
2. траисфузия коллоидов;
3. назначение стероидов;
4. переливание эритроцитной массы.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) - если правильны ответы 1 и 3;

В) - если правильны ответы 2 и 4;

Г) - если правильный ответ 4;

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Г)

95. Клинические проявления ДВС-сндрома:

1. геморрагический синдром ангиоматозного типа;
2. геморрагический синдром гематомно-петехиального типа;

3. геморрагический синдром петехиально-синячкового типа;
4. признаки тромбозов.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (В)

96. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется:

1. признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза;
2. гипертромбоцитозом;
3. тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена;
4. отсутствием ристомипин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

97. В лечении ДВС-синдрома используются:

1. аминокaproновая кислота и фенилин;
2. свежзамороженная плазма;
3. стрептокиназа;
4. гепарин.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (В)

98. Ведущими критериями диагностики геморрагических васкулитов являются:

1. особенности клинической картины;
2. общий анализ крови и коагулограмма;
3. результаты гистологического исследования кожи;
- 4: уровень иммунных комплексов в крови.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;

- Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

99. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:

- А) быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже $0,7 \times 10^9/\text{л}$;
Б) быстрым снижением, числа гранулоцитов в крови ниже $1,0 \times 10^9/\text{л}$;
В) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $20 \times 10^9/\text{л}$;
Г) резким падением числа тромбоцитов в крови ниже $5 \times 10^9/\text{л}$;
Д) быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже $0,05 \times 10^9/\text{л}$.

Ответ: (А)

100. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются:

1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов;
2. появление иммунных комплексов и реагинов в крови;
3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма;
4. вирусная инфекция.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Б)

101. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает:

1. слабость;
2. лихорадку;
3. инфекционный процесс;
4. геморрагический синдром петехиального или гематомного типа.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

102. Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования:

1. лимфографию;
2. стерильную пункцию;
3. компьютерную томографию
4. трепанобиопсию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (В)

103. Профилактика осложнений цитостатической болезни включает:

- 1. стерилизацию кишечника;
- 2. плазмаферез;
- 3. назначение антибиотиков;
- 4. назначение иммуномодуляторов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

104. Острыми тромбоцитопениями называют состояния, при которых число тромбоцитов в крови быстро снижается:

- А) до $20 \cdot 10^9/\text{л}$;
- Б) до $50 \cdot 10^9/\text{л}$;
- В) до $100 \cdot 10^9/\text{л}$;
- Г) до $150 \cdot 10^9/\text{л}$;
- Д) до $190 \cdot 10^9/\text{л}$ и ниже.

Ответ: (Г)

105. Этиологическим фактором развития острой тромбоцитопении является:

- А) появление иммунных комплексов в крови;
- Б) появление аутоантител к тромбоцитам и гаптена в крови и фиксация его на поверхности тромбоцитов;
- В) микробная инфекция;
- Г) вирусная инфекция;
- Д) переохлаждение.

Ответ: (Б)

106. В развитии острой аплазии костного мозга имеет значение:

- А) прямое иммунное разрушение гемопоэтических структур и цитостатическое подавление гемопоэза;
- Б) гиперплазия тромбоцитарного ростка;
- В) ДВС-синдром;
- Г) иммунокомплексный синдром;
- Д) голодание.

Ответ: (А)

107. Проявлениями острой аплазии костного мозга может быть:

1. анемический, геморрагический и лихорадочный синдромы;
2. панцитопения с отсутствием ретикулоцитов (в крови);
3. картина «жирового костного мозга» “ при исследовании биоптата костного мозга;
4. картина лимфопрролиферации при исследований костного мозга одновременно с наличием мегакариоцитов и повышенного числа лимфоцитов в периферической крови.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

108. Гемолитический криз может развиваться при:

1. аутоиммунной гемолитической анемии;
2. хроническом лимфолейкозе;
3. ферментопатии эритроцитов;
4. аплазии костного мозга.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (А)

109. К клиническим признакам гемолитического криза относятся:

1. потемнение мочи;
2. отеки;
3. сухость во рту;
4. желтушность кожи.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
Ответ: (Г)

110. Результатами лабораторных исследований, подтверждающих гемолитический криз, являются:

- 1 ретикулоцитоз;
2. повышение уровня непрямого билирубина в крови;
3. снижение гематокрита;

4. снижение уровня сывороточного железа.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

111. Инструкция по медицинскому освидетельствованию доноров крови плазмы, крови (от 16.11.1998 г.) к абсолютным противопоказаниям к донорству крови и её компонентов относит следующие заболевания:

- 1. носительство ВИЧ, СПИД, сифилис, туберкулез;
- 2. бруцеллёз, сыпной тиф, туляремия, лепра;
- 3. вирусные гепатиты, положительный результат исследования на поверхностный антиген вируса гепатита В, антитела к вирусу гепатита С;
- 4. аллергические заболевания.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

112. У больных с тромбоцитопенической кровоточивостью переливание тромбоцитов не показано при:

- 1. идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении;
- 2. тромботической тромбоцитопенической пурпуре;
- 3. посттрансфузионной тромбоцитопенической пурпуре
- 4. гепаринзависимой тромбоцитопении.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

113. Переливание концентрата тромбоцитов считается эффективным, если:

- 1. наблюдается прирост количества тромбоцитов у реципиента через час после трансфузии и сохраняется в течение суток;
- 2. прекращается спонтанная кровоточивость;
- 3. отсутствуют свежие геморрагии;
- 4. уменьшается длительность кровотечения.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

114. Для снижения риска посттрансфузионных осложнений необходимо:

1. введение безвозмездного донорства;
2. соблюдение принципа «один донор — один больной»
3. принцип информированного согласия пациента о возможных посттрансфузионных осложнениях;
4. обучение, контроль, самоконтроль медперсонала по соблюдению строгих, показаний для переливания крови и её компонентов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Д)

115. Наиболее вероятной причиной В12-дефицитной анемии может являться:

1. катаракта;
2. инвазия острицами;
3. язвенная болезнь желудка
4. инвазия широким лентецом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Ответ: (Г)

116. Из перечисленных факторов влияние на повышение СОЭ может оказать:

1. увеличение содержания фибриногена в крови
2. увеличение количества глобулинов в крови
3. увеличение альбуминов в крови
4. СвеличениеР:оличестваРМритроцитовР2Р:ровиР
5. СвеличениеРбелчныхР:ислотР2Р:ровиЙ
4. увеличение количества эритроцитов в крови
5. увеличение желчных кислот в крови

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
Ответ: (А)

Выбрать один правильный ответ.

117. В каком из перечисленных ниже препаратов содержится наибольшее количество двухвалентного железа:

- а) феррокаль; г) ви-фер;
б) ферроцерон; д) ферроградумент;
в) ферроплекс; е) тардиферон.

Ответ: открытого типа

А-тип.

Выбрать правильный ответ.

118. В течение какого времени поликлиника может продлить больничный лист больному с гемолитической болезнью:

- а) до месяца;
б) до выздоровления;
в) до 4 месяцев;
г) не более 10 месяцев.

Ответ: (г)

К-тип.

Выберите правильное сочетание ответов.

119. Больной ИБС: (постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения) с сопутствующей артериальной гипотонией (АД 90/60 мм.рт.ст.) и хроническим обструктивным бронхитом, принимающий нитросорбид 40 мг/сут и курантил 75 мг/сут, отмечает учащение за последнюю неделю приступов стенокардии, уменьшение переносимости физических нагрузок, значительное увеличение потребности в нитроглицерине. В клиническом АК - макроцитарная анемия (гемоглобин 80 г/л), лейкопения, тромбоцитопения, гиперсегментация нейтрофилов. От стеральной пункции больной отказался.

1. Диагноз?

- а) прогрессирующая стенокардия
б) железодефицитная анемия II степени
в) В12-дефицитная анемия
г) гипопластическая анемия
д) талассемия

Ответ: (а, в).

2. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации?

- а) да
б) нет

Ответ: (а).

Р-тип.

Для больного подберите наиболее вероятный диагноз.

120. У мужчины 23 лет в течение последних месяцев отмечаются нарастающая слабость, кровоточивость (кожные геморрагии, носовое кровотечение), субфебрильная температура. Лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены. Клинический анализ крови: гемоглобин 50 г/л, эритроциты $1,5 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель- 0,9, лейкоциты-1,8 тыс., палочкоядерных-1%, сегментоядерных -60%, эозинофилов -3%, лимфоцитов -26%, моноцитов-10%, тромбоцитов-50 тыс., СОЭ-80 мм/ч.

1. Вероятный диагноз?

- а) острый лейкоз
- б) апластическая анемия
- в) железодефицитная анемия
- г) гемолитическая анемия
- д) В12-дефицитная анемия

Ответ: (б).

2. Какие исследования из перечисленных являются наиболее важными для установления диагноза?

- а) стерильная пункция
- б) определение содержания железа в сыворотке крови
- в) проба Кумбса
- г) десфераловый тест
- д) определение осмотической стойкости эритроцитов

Ответ: (а).

2) *Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.*

Задача 1

Больной У., 5 лет.

Поступил в стационар с жалобами на периодические боли в животе, появление геморрагической сыпи на ногах за 6 дней до госпитализации.

При осмотре на коже нижних конечностей, ягодиц, а также на предплечьях, локтях папулезная сыпь, красно-багрового цвета, с диаметром элементов 3-5 мм, местами сливная, некоторые элементы с некрозом в центре. Слизистые чистые. Периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные. Суставы без видимых изменений. В легких дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, дизурии нет, моча светлая. Стул оформлен.

Общий анализ крови: Нб 146 г/л, Эр $4,3 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $310 \times 10^9/л$, лейкоциты $15 \times 10^9/л$, п/я 3%, с/я 85%, эозинофилы 1%, лимфоциты 3%, моноциты 8 %, СОЭ 7 мм/ч.

Биохимия крови: АлАт 0,4 мккат/л, АсАт 0,4 мккат/л, ЛДГ 5,4 мккат/л, Ед/л, амилаза 2,2 мккат/л, билирубин 10 мкмоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 50 мкмоль/л, гаптоглобин 12 ммоль/л, СРБ отрицательный, ферритин 130 нг/мл, миоглобин 1/8, ревматоидный фактор отрицат.

Протеинограмма: общий белок 84 г/л, альбумины 53%, глобулины: (1 3,5%, (2 12%, (14%, (17%.

Коагулограмма: АЧТВ 25 с, фибриноген 3,8 г/л, о-фенантролиновый тест 8 мг%.

Антитела к Chlamidia trachomatis IgG отрицат., Chlamidia pneumoniae и psittaci - IgM и IgG отрицательные.

ЛЕ- клетки не обнаружены.

Общие анализы мочи в динамике – периодически эритроциты до 1-2 в поле зрения, в остальном без патологии.

Проба Нечипоренко: эритроциты 32000/мл, лейкоциты 1000.

Посев мочи на флору - роста нет.

Проба Зимницкого с определением белка - колебания удельного веса 1011-1025, экскреция белка – 0,063 г/сут.

УЗИ брюшной полости: пиелокаликотектазия слева до 16 мм, расширение полости синусов, тотальное расширение всех групп чашечек до 8,5мм.

Рентгенограмма грудной клетки - патологии не выявлено.

Проба Манту - отрицательная.

Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений возможно у данного больного?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифдиагноз?
5. Необходимо ли проведение дополнительных методов исследования? Каких?
6. В консультациях каких специалистов нуждается больной?
7. Тактика ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 2

Больная В., 5 лет.

В анамнезе за 3 дня до данного заболевания отмечались боли в ухе, получала амбулаторно флемоксин, капли ципролет в ухо. Через 3 дня отметили появление сыпи на коже и слизистых, а также кровянистые выделения из половых путей. В амбулаторном анализе крови тромбоциты $12 \times 10^9/\text{л}$.

При поступлении в стационар на коже геморрагическая сыпь в виде петехий и экхимозов. Лимфоузлы незначительные мелкие. В легких дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 84 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови общий: Hb 128 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, п/я 5%, с/я 30%, эозинофилы 10%, лимфоциты 49%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/ч.

Биохимия крови: АлАт 0,37 мккат/л, АсАт 0,4 мккат/л, амилаза 1,2 мккат/л, билирубин 15 мкмоль/л, мочевины 4,6 ммоль/л, креатинин 50 мкмоль/л, гаптоглобин 13 ммоль/л.

Протеинограмма: общий белок 77 г/л, альбумины 51%, глобулины: (1 3,5%, (2 12,4%, (15%, (17,9 %.

Миелограмма: миелокарициты $45 \times 10^9/\text{л}$, бласты 2,6%, лимфоциты 19%, соотношение лейко/эритро=5/1, гранулоцитарный, красный ростки представлены удовлетворительно, созревание не нарушено. Мегакарициты встречаются единичные при обзоре мазка, с отщипровкой пластинок не встретились.

Иммуноглобулины- IgG 26 г/л, IgA 1,7 г/л, IgM 2,1 г/л, ЦИК 21 ед/мл. Ревматоидный фактор отрицательный, миоглобин 1/8.

Антитела к денатурированной ДНК класса IgG не обнаружены.

Антитела: к хламидиям *Chlamidia psittaci*, *pneumoniae* IgG и IgM, *trachomatis* IgG, *Mycoplasma hominis* IgG –отрицательные.

ЛЕ- клетки не обнаружены.

Общий анализ мочи – норма.

Посев мочи: роста нет

УЗИ брюшной полости: пиелотектазия справа до 9 мм.

Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.

Осмотр гинеколога: хронический атрофический вульвовагинит, частичные синехии вульвы.

Перед выпиской общее самочувствие не нарушено, по органам без динамики.

Анализ крови общий: Hb 131 г/л, эритроциты $4,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты 208×10^9 /л, лейкоциты $7,9 \times 10^9$ /л, п/я 4%, с/я 43%, эозинофилы 3%, лимфоциты 33%, моноциты 16%, СОЭ 21 мм/ч.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. Развитие каких осложнений было возможно у данного ребенка?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифдиагноз?
5. Необходимо ли проведение дополнительных методов исследования? Каких?
6. Назначьте лечение данному больному.
7. Составьте план диспансерного наблюдения и оцените прогноз заболевания.

Задача №3

Больная А., 4 года.

Заболела остро. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожа с обильной геморрагической сыпью от 0,2 до 1,0 см в диаметре, сыпь местами сливная, ярко-розовая и вишневая с синюшным оттенком, элементы несколько возвышаются над поверхностью кожи. Голеностопные, локтевые, коленные суставы отечны. Слизистые чистые. Лимфоузлы шейные, подмышечные до 1,0 см. В легких дыхание везикулярное, ЧД 26 в минуту. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, ЧСС 96 в минуту, АД 95/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Диурез достаточный, моча светлая. Стул оформлен, регулярный.

Общий анализ кров: Hb 115 г/л, Eг $3,6 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты $287,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты $10,0 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 71%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, СОЭ 28 мм/ч.

Коагулограмма: АВР 60сек, АЧТВ 46 сек, ТВ 26 сек, ПИ 100%, фибриноген 4,76 г/л, этан. тест +, о-фенантролиновый тест 11,0 мг%, АТ III 87%.

Биохимия крови: АлАТ 0,24 мккат/л, АсАТ 1,91 мккат/л, ЛДГ 8,2 мкат/л, билирубин 12,0 мкмоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, мочевины 5,35 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л.

Протеинограмма: общий белок 57,8 г/л, альбумины 56,6 г/л, глобулины (1 2,9%, (2 8,3%, β 14,24%, γ 18,6%.

HbsAg, антитела к HCV не обнаружены.

Иммунограмма: IgG 14,0 г/л, IgA 3,0 г/л, IgM 1,25 г/л, лизоцим 20%, ревматоидный фактор-отрицательный.

Антитела к иерсиниям не обнаружены.

LE клетки не обнаружены

Антитела к нативной ДНК - отрицательные.

Антитела к *Chlamydia pneumoniae*, *psittaci*, *trachomatis*-отрицательные.

Антитела к *Mycoplasma hominis* – отрицательные.

Общий анализ мочи без патологии.

УЗИ брюшной полости, почек: без патологии.

ЭхоКГ: признаки ложной косой хорды полости левого желудочка. Умеренная гипертрофия МЖП.

Рентгенограмма грудной клетки: без патологии.

Окулист: патологии на глазном дне не обнаружено.

При выписке состояние удовлетворительное. Общее самочувствие не нарушено. Кожа и слизистые чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформлен.

Вопросы:

1. Каков предполагаемый диагноз?
2. Патогенез данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифдиагноз?
4. В консультациях каких специалистов нуждается больная?
5. Назначьте лечение.
6. Определите прогноз заболевания.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 6) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.7. Заболевания опорно-двигательного аппарата в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики принципы лечения и особенности заболеваний опорно-двигательного аппарата;
- изучить алгоритм ведения пациентов при патологии опорно-двигательного аппарата в амбулаторных условиях с применением положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения врачом общей практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты

трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями в условиях ОВП

2. Остеоартрит. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

3. Ревматическая полимиалгия. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

4. Боль в пятке – плантарный фасциит. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Диагностика. Рентгенологическое исследование. Дифференциальная диагностика. Лечение. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

5. Поражения периартикулярных тканей в области плеча (плечелопаточный периартрит). Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Диагностика. Лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

6. Подагра. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

7. Ревматоидный артрит. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

8. Спондилоартриты. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

2. Практическая работа. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач)*

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения, прогноз.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Задача 1.

Мужчина 35 лет на приеме у ВОП, предъявляет жалобы на боль практически во всех суставах, неделю назад перенес ОРВИ, общее самочувствие хорошее.

Полиартралгия

Полиартралгия (ПА) – наличие болей в 5 и более суставах. ПА возникает в результате раздражения нервных окончаний в различных структурах сустава, исключая суставной хрящ, который не имеет нервных окончаний и сосудов. Поражение суставов – частое и типичное осложнение почти всех инфекционных заболеваний.

Признаки серьезного заболевания: Повышение температуры тела, концентрации С-реактивного белка, повышение СОЭ и лейкоцитоз, тяжелое общее состояние даже при отсутствии изменений лабораторных данных.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Работа на производствах, связанных с травмой скелета (вибрации, механические нагрузки), спорт.

Ведение больного

Диф. диагноз

Нетравматические заболевания скелета делят на воспалительные и дегенеративные. Уже при первом контакте с пациентом можно составить представление о круге возможных нозологий. Одним из ключевых моментов является выявление воспалительного компонента болезни. ПА иногда опережает внесуставные проявления болезни; характерные лабораторные изменения и рентгенологические признаки могут долгое время отсутствовать. Дифференциальная диагностика суставных поражений может быть длительной (месяцы и даже годы). Существует группа болезней, которые протекают с поражением околосуставных тканей и сопровождаются клиническими проявлениями, схожими с ПА.

Анамнез дает 60-75% информации, необходимой для диагноза. Особенно важен характер болей: локализация, иррадиация, распространенность и глубина; длительность болевого синдрома, периодичность, ритм в течение суток (в том числе наличие так называемых светлых промежутков, то есть периодов, когда боль отсутствует). Для дегенеративного поражения суставов характерна связь боли с нагрузкой и ее отсутствие в периоды покоя. В ряде случаев боли сохраняются после нагрузки во вторую половину дня и первую половину ночи. Вариантом являются «стартовые» боли при остеоартрозе суставов ног, появляющиеся только при первых шагах после периода покоя – сна, длительного сидения. Воспалительный тип боли предполагает присутствие боли в суставах в состоянии покоя, максимум выраженности во вторую половину ночи и к моменту просыпания. К жалобам общего характера относят повышение температуры тела, слабость, вялость, недомогание.

Наиболее частой причиной ПА являются инфекции (ОРВИ, краснуха, инфекционный паротит, инфекционный мононуклеоз, гепатит, сальмонеллез и др.), обострение хронической инфекции (тонзиллит, синуситы и др.), перегрузка или повреждение суставов. Появление ПА после инфекционного заболевания или аллергической реакции позволяет заподозрить воспалительный характер поражения – артрит. В пользу артрита свидетельствуют: боль при движении и в покое, припухлость сустава, повышение температуры кожи над суставом, ограничение подвижности. Сведений о постоянной травматизации, чрезмерных и длительных физических нагрузках говорят скорее о дегенеративно-дистрофическом характере процесса. Нельзя забывать и о так называемых ПА неорганической этиологии (ипохондрия).

Физикальное исследование

Визуально определяются наличие припухлости (увеличения сустава в объеме при сглаженности

его контуров, чаще это происходит за счет отека периартикулярных тканей или выпота в полость сустава), его деформации – стойкого и грубого изменения формы сустава (например, при наличии костных разрастаний), деформации сустава (неравномерного изменения конфигурации за счет пролиферативных или экссудативных процессов). Пальпаторно можно определить болезненность и повышение температуры над пораженными суставами. В норме температура кожи над коленным суставом ниже, чем над большеберцовой костью. Болезненность является лучшим признаком синовита. Важно исследование суставов при пассивных и активных их движениях. Явное несоответствие между объемом активных и пассивных движений позволяет думать о локализации патологического процесса в околосуставных тканях, в то время как одинаковое ограничение объема активных и пассивных движений характерно для собственно суставного патологического процесса.

При отсутствии признаков воспаления дополнительным признаком воспалительного компонента в СС будет эффективность приема нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Нередко до визита к врачу пациенты уже принимали их и информация об эффективности приема НПВС представляет ценность. Если при первом визите и неясном диагнозе пациент не может предоставить таких сведений, полезным будет рекомендовать пациенту один из НПВС на 1-2 дня. НПВС как правило, значительно уменьшают болевой синдром, если ПА обусловлена воспалительным процессом.

Лабораторные исследования

Всем больным с подозрением на воспалительный характер поражения суставов должны быть произведены следующие исследования: клинический анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы и тромбоцитов, СОЭ, С-реактивный белок, ревматоидный фактор в сыворотке крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование кала, соскоб уретры для выделения хламидий, мазок из зева на стрептококк.

Лечение

При наличии индикаторов серьезного заболевания: необходимо больного немедленно отправить на консультацию к ревматологу.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания:

Диклофенак-натрий 50 мг 3 раза в день; ибупрофен 0,4 мг 3-4 раза в день; индометацин 50 мг 3 раза в день. Все НПВС рекомендовать принимать после еды и запивать большим количеством жидкости. Решение о смене препарата (они могут иметь индивидуально различную эффективность) принимается после 3-4 дневной терапии. Если у больного с ПА неизвестной этиологии при нормальном общем самочувствии в течение 6 недель терапии НПВС, не купируется ПА, то необходима плановая консультация ревматолога.

Некоторые варианты ПА

Реактивный артрит (асептическое воспаление суставов при инфекции внесуставной локализации) чаще всего наблюдается в виде синдрома Рейтера: артрит, конъюнктивит, уретрит или цервицит, колит. Развивается у мужчин 20-40 лет через 1-6 недель после перенесенного уретрита или кишечной инфекции. Поражаются преимущественно суставы нижних конечностей.

Инфекционные артриты подразделяют на гонококковые и негонококковые. Типичное начало заболевания – лихорадка и острый моноартрит, но при гематогенном распространении инфекции может наблюдаться ПА. У взрослых негонококковые артриты развиваются преимущественно на фоне предшествующих заболеваний суставов или нарушений иммунитета. При болезни Лайма ПА часто предшествует эритематозная кольцевидная сыпь (хроническая мигрирующая эритема).

Гонококковые артриты составляют половину всех случаев инфекции суставов у молодых, сексуально активных людей без сопутствующих заболеваний. Артрит сопутствует острой фазе заболевания и септической форме. В распознавании гонорейной природы артрита основным является обнаружение гонококка в суставной жидкости и выделениях из мочеполовых органов, прямой кишки, глаз. Все инфекционные артриты лечат в стационарных условиях.

Ревматоидный артрит – отличительная особенность – симметричное поражение суставов кисти

и стопы, часто положительный ревматоидный фактор, «воспалительные» изменения крови, ревматоидные узелки, утренняя скованность более 1 часа, деформации суставов, мышечные атрофии.

Ревматизму сопутствует недавно перенесенная стрептококковая инфекция, проявления острого воспаления (лихорадка, повышение СОЭ, С-реактивного белка, лейкоцитоз), ярко выраженное обратимое воспаление крупных суставов верхних и нижних конечностей, поражение ЦНС и кардит, реже ревматоидные узелки и кольцевидная эритема. Почти все ревматоидные заболевания могут протекать с ПА, их дифференциальная диагностика и дальнейшее лечение должны осуществляться совместно с ревматологом.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача

Больная Т., 47 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в суставах рук и ног при движении и в покое, утреннюю скованность в течение 3-х часов, общую слабость, похудание, выпадение волос.

Больна в течение 3-х лет, когда после гриппа и пневмонии появились припухлость и боли в мелких суставах кистей, в последующие 2 года отмечались ежегодно обострения, причем боли и припухлость наблюдались в лучезапястных суставах, коленных и мелких суставах стоп.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Отмечается деформация 3-4 проксимальных межфланговых суставов правой кисти, припухлость и ограничение подвижности в левом лучезапястном суставе, пястно-фаланговых суставах, коленных суставах за счет экссудативных и пролиферативных явлений. Выраженная атрофия мышц на тыле кистей.

В области правого локтевого сустава пальпируются крупные, плотные образования. Со стороны сердца - без особенностей. В легких справа и слева в нижних отделах - шум трения плевры. При R-исследовании - признаки базального пневмосклероза.

Ан. крови: Эр. - $2,68 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 100 г/л, лейкоциты - 10×10^9 /л, э - 1%, п - 2%, с - 67%, лимф. - 27%, мон. - 3%, СОЭ - 33 мм/час. СРБ ++, сиаловые кислоты - 300 ед, фибриноген - 5 г/л, креатинин крови 0,076 ммоль/л.

Задание:

1. Выделите синдромы.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. План обследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение больной.
5. Прогноз. МСЭ.

Ответы:

1. Суставной (стойкий, прогрессирующий, эрозивный); анемический; трофических нарушений; поражение плевры; уплотнение легочной ткани (рентген).
2. Ревматоидный артрит. Полиартрит. Медленно прогрессирующее течение. Акт. II степени с системными проявлениями (анемия, ревматоидные узлы, похудание). Стадия II. ФНС I ст.
3. РФ, R-ген суставов, ЭКГ, ан. мочи, печеночные пробы.
4. НПВС, показана базисная терапия (цитостатики, преднизолон).
5. Неблагоприятный. Стойкая утрата трудоспособности.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	-	
	1	Предварительный диагноз, факторы риска
	-	
	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
	-	

	3	Установите группу диспансерного наблюдения
	-	
	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)

Проведение полного клинического обследования пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и ревматическими заболеваниями в условиях ОВП

2. Остеоартрит. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

3. Ревматическая полимиалгия. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

4. Боль в пятке – плантарный фасциит. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Диагностика. Рентгенологическое исследование. Дифференциальная диагностика. Лечение. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

5. Поражения периартикулярных тканей в области плеча (плечелопаточный периартрит). Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Диагностика. Лабораторные и инструментальные исследования. Диагностические критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

6. Подагра. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

7. Ревматоидный артрит. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

8. Спондилоартриты. Определение. Код по МКБ-10. Эпидемиология. Профилактика. Классификация. Диагностика. Жалобы и анамнез. Клиника. Лабораторные и инструментальные исследования. Дифференциальная диагностика. Показания к консультации ревматолога. Лечение. Показания к госпитализации. Немедикаментозное и медикаментозное лечение. Тактика ведения пациента.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

01. Симптом Кушелевского свидетельствует о поражении:

1. суставов поясничного отдела позвоночника;

2. симфиза;
3. тазобедренных суставов;
4. илеосакральных сочленений.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

02. Для системного остеопороза характерны:

1. повышенная рентгенопрозрачность костной ткани;
2. подчеркнутость контуров тел позвонков;
3. выраженная трабекулярность костной ткани;
4. истончение кортикального слоя диафизов трубчатых костей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

03. Для системной склеродермии характерно развитие:

1. диффузного пневмофиброза;
2. базального пневмофиброза;
3. адгезивного плеврита;
4. увеличения размеров сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

04. К белкам острой фазы относят:

1. С-реактивный белок;
2. гаптоглобулин;
3. альфа-глобулин;
4. церулоплазмин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

05. Деструкция костной ткани сопровождается изменением:

1. увеличением экскреции гидроксипролина;
2. увеличением концентрации сывороточного кальция;
3. повышением активности щелочной фосфатазы;
4. повышением содержания фибриногена в сыворотке.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

06. Поражение век является одним из критериев диагностики одного из перечисленных ниже заболеваний:

- А) ревматизма;
- Б) системной красной волчанки;
- В) дерматомиозита;
- Г) ревматической полимиалгии;
- Д) системной склеродермии.

07. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите ранее всего обнаруживаются в:

- А) локтевых суставах;
- Б) плечевых суставах;
- В) проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах;
- Г) коленных суставах;
- Д) голеностопных суставах.

08. Для остеоартроза характерно:

- 1. наличие боли “механического” типа в суставах;
- 2. периодическая “блокада” суставов;
- 3. медленное развитие болезни;
- 4. преимущественное поражение суставов ног и дистальных межфаланговых суставов кистей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

09. За медицинской помощью обратилась женщина 32 лет с явлениями артрита коленного и голеностопного суставов. На передней поверхности голеней определяются болезненные подкожные узлы размером с 3-5 см с цианотичной окраской кожи над ними. Скорость оседания эритроцитов 35 мм/ч. Наиболее вероятный диагноз:

- А) ревматоидный артрит;
- Б) острая ревматическая лихорадка;
- В) синдром Лефгрена (форма саркоидоза);
- Г) вирусный артрит;
- Д) подагрический артрит.

10. В отношении ревматизма справедливо:

- 1. связь заболевания с перенесенной острой стрептококковой инфекцией;
- 2. наличие типичных проявлений – “абсолютных признаков ревматизма” (критерии Киселя-Джонса);
- 3. склонность к формированию порока сердца;
- 4. развитие ревматического полиартрита у всех больных.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;

- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

11. Для ревматического полиартрита в классическом варианте характерно:

1. деформация суставов, обусловленная скоплением экссудата;
2. поражение крупных суставов;
3. высокие показатели активности ревматического процесса;
4. быстрое обратное развитие экссудативных явлений в суставах.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. Для этиологии и патогенеза гонококкового артрита верны следующие положения:

1. возбудителем является гонококк;
2. гонококк проникает в сустав гематогенно из урогенитального очага
3. предрасполагающими факторами у женщин являются менструации и беременность;
4. при отсутствии лечения быстро прогрессирует деструкция хряща и костных суставных поверхностей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

13. Аускультативно при аортальной регургитации определяется следующее:

- А) сохранение или ослабление I тона;
- Б) отсутствие II тона;
- В) мезосистолический шелчок;
- Г) аортальный тон изгнания;
- Д) протодиастолический шум.

14. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

- А) гигантоклеточный артериит;
- Б) геморрагический васкулит;
- В) узелковый периартериит;
- Г) болезнь Бюргера;
- Д) микроскопический полиангиит.

15. Для системной красной волчанки характерно:

1. поражение кожи, волос и слизистых оболочек является одним из наиболее частых проявлений заболевания;
2. алопеция может быть локализованной или диффузной;
3. фоточувствительность может усиливаться под влиянием лечения аминохинолиновыми препаратами;
4. встречаются дискоидные очаги.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. При системной красной волчанке возможно развитие следующих клинических вариантов поражений почек:

- 1. изолированный мочевого синдром;
- 2. нефритический мочевого синдром;
- 3. нефротический мочевого синдром
- 4. пиелонефритический мочевого синдром.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

17. При системной красной волчанке поражение нервной системы может проявляться:

- 1. преходящими нарушениями мозгового кровообращения;
- 2. судорогами;
- 3. периферической полинейропатией;
- 4. психозами.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Показанием к назначению цитостатиков при системной красной волчанке является:

- 1. активность волчаночного нефрита;
- 2. высокая общая активность болезни;
- 3. резистентность к глюкокортикостероидам;
- 4. выраженность синдрома Рейно.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. При диффузной форме системной склеродермии поражается кожа преимущественно следующих участков тела:

- А) лица, пальцев кистей и стоп;
- Б) туловища и проксимальных отделов конечностей;
- В) туловища;
- Г) лица;
- Д) пальцев кистей.

20. Препаратом выбора при развитии истинной склеродермической почки является:

- А) бета-адреноблокаторы;
- Б) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента;

- В) нативная плазма;
- Г) глюкокортикостероиды;
- Д) цитостатики.

Ответ: (Б)

21. Патогномоничным проявлением дерматомиозита служит:

- А) параорбитальный отек с лиловой эритемой верхнего века и синдромом Готтрона (эритемой над пястно-фаланговыми суставами);
- Б) эритема на открытых участках кожи;
- В) пойкилодермия;
- Г) алопеция;
- Д) синдром Рейно.

22. Для ревматической полимиалгии характерно:

- 1. анемия;
- 2. боль в плечевом и/или тазовом поясе;
- 3. значительное увеличение СОЭ;
- 4. возраст больных старше 40 лет.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

23. Наиболее частыми осложнениями терапии нестероидными противовоспалительными препаратами являются:

- А) гепатотоксические;
- Б) нефротоксические;
- В) гематологические;
- Г) кожные;
- Д) желудочно-кишечные.

24. Воспаление мышечной ткани сопровождается повышением активности:

- 1. креатинфосфокиназы;
- 2. аминотрансфераз;
- 3 альдолазы,
- 4. лактатдегидрогеназы.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

25. Наиболее частой деформацией кисти при ревматоидном артрите является:

- А) укорочение пальцев в результате остеолитического процесса;
- Б) ульнарная девиация;
- В) в виде “шеи лебедя”;
- Г) в виде “бутоньерки”;
- Д) в виде “молоткообразного пальца”.

26. Причина анемии при ревматоидном артрите:
- А) дефицит железа в организме;
 - Б) аутоиммунный процесс;
 - В) дефицит фолиевой кислоты;
 - Г) неизвестна;
 - Д) гемолиз.
27. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является:
- А) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов;
 - Б) поражение легких;
 - В) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга;
 - Г) уремия при вторичном амилоидозе почек;
 - Д) осложнения лекарственной терапии.
28. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относится:
- 1. околоуставной остеопороз;
 - 2. узурация суставных поверхностей эпифиза;
 - 3. кисты в эпифизах;
 - 4. сужение суставной щели.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
29. Общим признаком заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, является:
- 1. наличие сакроилеита;
 - 2. асимметричный артрит периферических суставов;
 - 3. тенденция к семейной агрегации;
 - 4. преимущественное поражение суставов нижних конечностей
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
30. Для болезни Бехтерева характерно следующее поражение глаз:
- А) ирит и иридоциклит;
 - Б) склерит;
 - В) конъюнктивит;
 - Г) блефарит;
 - Д) катаракта.
31. Сакроилеит встречается при:
- 1. синдроме Рейтера;
 - 2. псориатическом артрите;
 - 3. болезни Бехтерева;
 - 4. неспецифическом язвенном колите.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

32. Из перечисленных ниже лабораторных исследований для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является:

- А) тест муцинового сгустка;
- Б) определение глюкозы в синовиальной жидкости;
- В) определение комплемента в синовиальной жидкости;
- Г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости;
- Д) клинический анализ крови.

33. Диетотерапия подагры включает:

- 1. ограничение суточного потребления белков;
- 2. малокалорийную диету;
- 3. ограничение потребления бобовых;
- 4. ограничение спиртных напитков.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

34. Характерным признаком двустороннего коксартроза является:

- 1. протрузия вертлужных впадин;
- 2. укорочение нижних конечностей;
- 3. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме
- 4. нарушение внутренней и наружной ротации бедер.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

35. При остеоартрозе применяются:

- 1. нестероидные противовоспалительные препараты;
- 2. трасилол;
- 3. поливинилпирролидон;
- 4. глюкокортикостероиды внутрисуставно.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

36. Для ревматического перикардита характерно:

- 1. грубый шум трения перикарда (до появления экссудата);

2. расширение границ сердца, определяемого перкуторно и рентгенологически;
3. инфарктноподобная ЭКГ;
4. ослабление тонов сердца.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

37. Первичный ревматизм с наличием острого полиартрита, среднетяжелым и тяжелым кардитом, перикардитом, высокой активностью ревматического процесса, формированием ревматических пороков сердца, недостаточностью кровообращения наиболее тяжело протекает в возрасте:

- А) 3-6 лет;
- Б) 7-15 лет;
- В) 20-25 лет;
- Г) 40-45 лет;
- Д) 50-55 лет.

38. При системной красной волчанке выявляется:

1. серопозитивность по ревматоидному фактору;
2. снижение уровня комплемента по СН50;
3. ложноположительная реакция Вассермана;
4. антитела к нативной ДНК.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

39. Плазмаферез и гемосорбцию при системной красной волчанке проводят:

1. при торпидном течении болезни;
2. малой эффективности глюкокортикостероидов и цитостатиков;
3. высокой активности люпус-нефрита;
4. высоком содержании в крови криопреципитинов и иммунных комплексов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

40. Первая фаза синдрома Рейно проявляется:

- А) реактивной гиперемией кожи пальцев кистей;
- Б) цианозом дистальных отделов конечностей;
- В) "побелением" пальцев кистей и стоп в результате вазоконстрикции;
- Г) парестезиями по всей руке, ноге;
- Д) реактивной гиперемией кожи стоп.

41. Из перечисленных нестероидных противовоспалительных препаратов цитопению при длительном применении вызывает:

- А) напроксен;
- Б) пироксикам;
- В) бутадион;
- Г) диклофенак-натрия (вольтарен);
- Д) индометацин.

42. Применение кальцитонина при остеопорозе:

- 1. подавляет резорбцию костной ткани;
- 2. способствует предотвращению переломов костей;
- 3. увеличивает плотность костной ткани;
- 4. оказывает анальгезирующее действие.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

43. Неотложная терапия при системных васкулитах (узелковом периартериите, гранулематозе Вегенера) включает следующие лечебные мероприятия:

- 1. назначение преднизолона 1 мг/кг в сутки;
- 2. пульс-терапию циклофосфаном - 1000 мг в сутки внутривенно 3 дня подряд;
- 3. назначение циклофосфамида в дозе 2 мг/кг в сутки внутрь;
- 4. гемосорбцию.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

44. Наиболее типичным для псориатического артрита является:

- А) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах;
- Б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике;
- В) анкилозирование межпозвонковых суставов;
- Г) первые признаки заболевания кожные;
- Д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике.

45. Этиологическим фактором септического артрита может быть:

- 1. стафилококк;
- 2. стрептококк;
- 3. клебсиелла;
- 4. протей.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

46. Для болезни Лайма (боррелиоза) характерно:

- 1. мигрирующая эритема;
- 2. артрит, появляющийся через 2 мес. после возникновения эритемы;
- 3. лимфаденопатия;

4. поражение ЦИС.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

47. На развитие острого подагрического артрита влияет:

- 1. носоглоточная инфекция;
- 2. нарушение режима питания;
- 3. значительное физическое перенапряжение
- 4. голодание.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

48. Развитию первичного остеоартроза способствует:

- 1. генетические факторы;
- 2. ожирение;
- 3. дисплазия суставов, приводящая к изменению конгруэнтности суставных поверхностей;
- 4. перегрузка суставов в связи с профессией, чрезмерным занятием спортом.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

49. Узелки Бушара появляются при:

- А) подагре;
- Б) ревматоидном артрите;
- В) остеоартрозе;
- Г) ревматизме;
- Д) узелковом периартериите.

50. Характерным рентгенологическим признаком остеоартроза межфаланговых суставов – дистальных (узлы Гебердена) и проксимальных (узлы Бушара) – является:

- 1. сужение суставных щелей
- 2. субхондральный остеосклероз;
- 3. узурация суставных поверхностей костей
- 4. остеопороз

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

51. При остеоартрозе наиболее инвалидизирующей является следующая локализация патологического процесса:

- А) тазобедренные суставы;
- Б) коленные суставы;
- В) дистальные межфаланговые суставы кистей;
- Г) плечевые суставы;
- Д) голеностопные суставы.

52. При дифференциальной диагностике остеохондроза и остеопороза имеет значение:

- 1. вес тела;
 - 2. плотность костной ткани;
 - 3. частота переломов;
 - 4. пол.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

53. Укажите наиболее типичные локализации асептического остеонекроза:

- 1. кости таза;
 - 2. головка бедренной кости;
 - 3. позвонки;
 - 4. головка плечевой кости;
 - 5. надмыщелки плечевой кости.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

54. Боль в области пятки (талалгия) может быть обусловлена:

- 1. энтезопатией в области бугра пяточной кости;
 - 2. подпяточным бурситом;
 - 3. кальцификатом в подошвенном апоневрозе (“щпорой”);
 - 4. артритом плюсне-фаланговых суставов.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

55. Развитие ревматизма связано с инфицированием:

- А) вирусом;
- Б) стафилококком;
- В) бета-гемолитическим стрептококком группы А;
- Г) альфа-гемолитическим стрептококком группы А;
- Д) сальмонеллой.

56. При системной красной волчанке выявляется:

1. снижение в крови уровня комплемента СН 50;
2. наличие в крови ревматоидного фактора в низком титре;
3. гипергаммаглобулинемия;
4. снижение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

57. Проявлением кожного синдрома при системной красной волчанке может быть:

1. алопеция;
2. фотодерматоз;
3. сетчатое ливедо;
4. витилиго.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

58. Для патологии сердца при системной красной волчанке верно:

1. в большинстве случаев обнаруживается бессимптомный экссудативный перикардит;
2. редко сопровождается развитием недостаточности кровообращения;
3. характерны бородавчатые эндокардиальные вегетации;
4. миокардит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

59. К неврологическим проявлениям системной красной волчанки с антифосфолипидным синдромом относят:

1. острое нарушение мозгового кровообращения;
2. деменцию;
3. мигрень;
4. поперечный миелит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

60. Продолжительность жизни больных с люпус-нефритом коррелирует с:

1. артериальной гипертензией;
2. нефротическим синдромом;

3. высоким содержанием в крови антител к ДНК;
4. низким содержанием в крови комплемента.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

61. При системной склеродермии преимущественно поражаются следующие кровеносные сосуды:

- А) артериолы и капилляры,
Б) сосуды среднего калибра;
В) сосуды любого диаметра;
Г) крупные сосуды;
Д) венозные сосуды.

62. При узелковом периартериите характерно следующее поражение почек:

1. изолированный мочевого синдром с незначительной протеинурией;
2. мочевого синдром с нестойкой артериальной гипертензией;
3. диффузный гломерулонефрит с синдромом злокачественной артериальной гипертензии;
4. нефротический синдром.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

63. Гигантоклеточный артериит проявляется:

1. острым нарушением мозгового кровообращения;
2. депрессией;
3. инфарктом миокарда;
4. тромбоэмболией легочной артерии.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

64. Азатиоприн применяется при:

1. ревматоидном артрите;
2. системной красной волчанке;
3. болезни Шегрена;
4. дерматомиозите.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

65. У молодой женщины после пребывания на солнце возникло недомогание, субфебрилитет, отёчность и боли в пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставах кистей. Наиболее вероятный диагноз:

- А) ревматоидный артрит;
- Б) системная красная волчанка;
- В) реактивный артрит;
- Г) ревматизм;
- Д) системная склеродермия.

66. Укажите наиболее важный фактор риска в развитии вторичного амилоидоза при ревматоидном артрите:

- А) длительная воспалительная активность процесса;
- Б) большая суммарная доза глюкокортикостероидов;
- В) длительный приём цитостатиков;
- Г) длительные периоды без лечения;
- Д) сопутствующее заболевание почек.

67. К “большим” критериям первичного ревматизма принадлежат:

- 1. кардит;
 - 2. хорея;
 - 3. полиартрит;
 - 4. подкожные узелки;
 - 5. кольцевидная эритема.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Д)

68. У больной, 57 лет, месяц назад возникли боли при ходьбе в области правого тазобедренного сустава. В пользу первичного коксартроза свидетельствует:

- А) пальпаторная болезненность в области трохантера;
- Б) ограничение ротации бедра на поражённой стороне;
- В) укорочение правой ноги на 4 см;
- Г) положительный симптом Лассега справа;
- Д) положительный симптом Кушелевского.

69. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается с:

- А) шейного отдела;
- Б) поясничного отдела;
- В) крестцово-подвздошных суставов;
- Г) грудного отдела;
- Д) вовлечение в процесс всех отделов позвоночника.

70. Какое поражение глаз характерно для болезни Рейтера:

- А) ирит и иридоциклит;
- Б) склерит;
- В) конъюнктивит;
- Г) блефарит;

Д) катаракта.

71. Желудочно-кишечные кровотечения вызывает:

1. преднизолон;
2. ацетилсалициловая кислота;
3. диклофенак;
4. циклоспорин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

72. У больного ревматоидным артритом с высокой активностью воспалительного процесса возникли чувствительные нарушения в дистальных отделах конечностей. Наиболее вероятная причина этого явления:

1. менингоэнцефалит;
2. лекарственная нейропатия;
3. корешковый синдром, сопутствующий ревматоидному артрит;
4. периферическая нейропатия, связанная с основным заболеванием.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

73. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно:

- А) генерализованный полиартрит;
Б) сосискообразная деформация пальцев стоп;
В) сосискообразная деформация пальцев рук;
Г) артрит суставов 1-го пальца стоп;
Д) ассиметричный артрит суставов нижних конечностей.

74. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при:

- А) гемофилической артропатии;
Б) псевдоподагре;
В) псориатическом артрите;
Г) ревматоидном артрите;
Д) ревматизме.

75. Укажите не характерный признак для инфекционного артрита:

- А) лихорадка, озноб;
Б) в крови лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево;
В) синовиальная жидкость – высокий цитоз, 90% нейтрофилов;
Г) полиартрит;
Д) рентгенологическая картина – деструкция хряща, кости.

76. У мужчины средних лет возник острый артрит голеностопного сустава с развитием пика боли в первые часы. Выберите наиболее важный анамнестический фактор, который позволяет установить диагноз подагры:

- А) злоупотребление алкоголем;
- Б) случай подобного приступа в прошлом с быстрым обратным развитием;
- В) случайный половой контакт за неделю до заболевания;
- Г) склонность к мясной диете;
- Д) травма.

77. Укажите наиболее типичные локализации подагрических тофусов:

- А) в области крестца;
- Б) в области разгибательной поверхности локтевого сустава;
- В) в области коленных суставов;
- Г) хрящи носа;
- Д) ушная раковина.

78. При хондрокальцинозе чаще всего поражаются следующие суставы:

- А) плюснефаланговые;
- Б) голеностоопные;
- В) коленные;
- Г) тазобедренные;
- Д) пястно-фаланговые.

79. Рациональная медикаментозная терапия первичного остеоартроза включает следующие препараты:

1. нестероидные противовоспалительные препараты;
2. локальное введение глюкокортикостероидов при рективном синовите;
3. хондропротекторы;
4. только анальгетики.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

80. Морфологическое исследование имеет решающее значение при постановке диагноза:

- 1 туберкулез сустава;
2. ревматоидный артрит;
3. саркоидоз;
4. реактивный артрит;
5. villonodularный артрит.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

81. Наиболее эффективные лечебные мероприятия при простом тендините мышц плеча:

1. абсолютный покой в течение всего периода болезни;
2. оперативные вмешательства;
3. нестероидные противовоспалительные препараты;
4. локально введение глюкокортикостероидов.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

82. Выберите лабораторный тест, который наиболее информативен для подтверждения диагноза полимиозита:

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

83. Диагностика смешанного заболевания соединительной ткани базируется помимо выявления специфического иммунологического маркера на клинической картине заболевания:

1. слабость проксимальных мышц конечностей и болезненность их при пальпации;
2. снижение перистальтики в нижних 2/3 пищевода;
3. синдром Рейно;
4. симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

84. При геморрагическом васкулите:

1. кожные проявления часто представлены геморрагической сыпью;
2. поражаются преимущественно крупные суставы;
3. развитие диффузного гломерулонефрита;
4. нередко наблюдается абдоминальный синдром.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

85. Наиболее важным рентгенологическим признаком остеохондроза позвоночника является:

- А) формирование синдесмофитов между телами позвонков;
- Б) кальцификация межпозвонковых дисков;
- В) уменьшение промежутков между телами позвонков;
- Г) усиление грудного кифоза;
- Д) усиление поясничного лордоза.

86. При глюкокортикостероидном остеопорозе верны следующие положения:

1. развивается при применении доз более 7,5 мг преднизолона;
2. развивается в результате нарушения всасывания кальция в кишечнике и подавления активности остеобластов;
3. встречается у мужчин;
4. встречается у женщин.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

87. Нестероидные противовоспалительные средства у беременных могут вызывать:

- 1. эмбриотоксическое действие;
- 2. тератогенное действие с поражением сердечно-сосудистой системы у плода;
- 3. задержку роста плода;
- 4. нарушение гемодинамики.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

88. Выберите препарат, селективно ингибирующий циклооксигеназу-2:

- А) мовалис;
- Б) вольтарен
- В) бруфен;
- Г) индометацин;
- Д) аспирин.

89. Выберите препарат, обладающий наиболее выраженным жаропонижающим эффектом:

- А) напроксен;
- Б) пироксикам;
- В) индометацин;
- Г) аспирин;
- Д) ибупрофен.

90. Выберите препарат для лечения остеопороза при выраженной гипокальциемии и синдроме мальабсорбции:

- А) миакальчик;
- Б) альфа Д3-теба;
- В) фозамакс;
- Г) остеохин;
- Д) остеогенон.

91. Выберите препарат, обладающий наибольшим анальгезирующим эффектом при остеопорозе:

- А) альфа Д3-теба;
- Б) миакальчик;
- В) фозамакс;
- Г) остеогенон;
- Д) остеохин.

1-Г	11-В	21-А	31-Д	41-В	51-А	61-А	71-Д	81-Г	91-Б
2-Д	12-Д	22-Д	32-Г	42-Д	52-Д	62-Д	72-Г	82-Д	
3-Д	13-Д	23-Д	33-Д	43-Д	53-В	63-Д	73-А	83-Д	

4-Д	14-А	24-Д	34-Г	44-А	54-Д	64-Д	74-В	84-Д
5-А	15-Д	25-Б	35-Д	45-Д	55-В	65-Б	75-Г	85-В
6-В	16-Д	26-Г	36-Д	46-Д	56-А	66-А	76-Б	86-Д
7-В	17-Д	27-Д	37-Б	47-Д	57-А	67-Д	77-Б	87-А
8-Д	18-А	28-Г	38-Д	48-Д	58-Д	68-Б	78-В	88-А
9-В	19-Б	29-Д	39-Д	49-В	59-Д	69-В	79-А	89-В
10-А	20-Б	30-А	40-В	50-Д	60-Д	70-В	80-Б	90-Б

3) Решить ситуационные задачи.

Задача 1

Мужчина 35 лет, предъявляет жалобы на боль практически во всех суставах, неделю назад перенес ОРВИ, общее самочувствие хорошее.

Контрольные вопросы

1. Дифференциальный диагноз.
2. Диагноз.

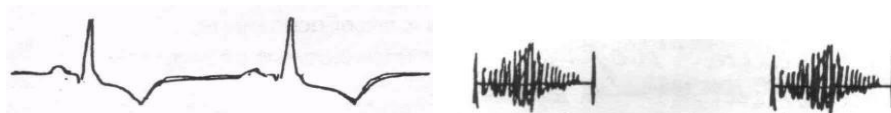
Какова тактика ВОП/СВ по ведению пациента (анамнез, осмотр, лабораторные и инструментальные исследования, факторы риска, психосоциальные факторы риска, необходимость консультации специалистов, немедикаментозное лечение, лекарственная терапия, профилактика)?

ЗАДАЧА 2

Больной 58 лет, конструктор, обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие головокружения, сжимающие боли за грудиной, повышенную утомляемость. Дважды за полгода наблюдались обмороки. Ранее ничем не болел.

Об-но: кожные покровы бледные, верхушечный толчок усиленный, поднимающийся, разлитой в VI межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. При перкуссии определяется расширение левой границы сердца, совпадает с верхушечным толчком. I тон на основании сердца ослаблен. Пульс ритмичный, малый, медленный, 57 уд/мин., АД - 100/70 мм рт.ст. В легких - везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из подреберья, край гладкий, закруглен, безболезненный, плотно-эластической консистенции.

Лаб-но: Нв - 121 г/л, Эр. - $5,2 \times 10^{12}$ /л, Ле - $6,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 7 мм/час, СРБ - отр., АСЛО - 125ед. КФК - 120 ммоль/л, холестерин - 8,4ммоль/л, β -липопротеиды - 9,6ммоль/л, триглицериды - 4,2 ммоль/л, АЛТ 28 ед., АСТ 34 ед., общ. билирубин 16,2 ммоль/л, креатинин 85 ммоль/л. ЭКГ: I, avL, V5, V6.



ФКГ: II м/р справа, т. Боткина

1. Выделите синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование.
3. Допол. методы исследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение данного больного.
5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

ЗАДАЧА 3

Больной М., 33 года. Жалобы на одышку смешанного характера при умеренной физической нагрузке, периодические боли за грудиной давящего характера, возникающие при ходьбе быстрым шагом на расстоянии 300-600 м или физическом труде, постоянную слабость, быструю утомляемость, снижение памяти, внимания, периодическое мелькание мушек перед глазами, 2-кратно - предобморочные состояния.

В детстве - простудные заболевания, грипп, ангина. В возрасте 8-10 лет были артриты коленных и лучезапястных суставов. Тонзилэктомия в 11 лет. В возрасте 28 лет появилась одышка при значительных нагрузках (ходьба довольно быстрым шагом на расстояние больше 1 км). Одышка постепенно прогрессировала. В 30 лет 1-й приступ за грудиной болей на фоне физической нагрузки. С тех пор данные приступы постепенно учащаются. Снизилась нагрузка, вызывающая их. По совету знакомых использует нитроглицерин для купирования.

Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, суховатые. Язык влажный, чистый. Верхушечный толчок в 6 м/р на 1,5 см кнаружи от СКЛ, разлитой. АД - 90/70 мм.рт.ст. Пульс - малый, медленный 86 в мин. Печень 11x10x8 см.

ОАК, ОАМ - без патологии. БАК: Хс - 5,0 ммоль/л, АСТ - 34 усл. ед., АЛТ - 30 усл. ед., креатинин - 0,08 ммоль/л.

ЗАДАЧА 4

Больная Н., 26 лет, продавец. Жалобы на слабость, периодические головные боли диффузного характера, повышение t до $38,0^{\circ}\text{C}$, отеки век, больше утром, отеки на ногах, периодические парестезии на коже конечностей, выпадение волос, ноющие боли в околупупочной области, не имеющие четкой связи с приемом пищи, понижение аппетита, потерю веса (5-6 кг за последний месяц), артралгии мелких суставов.

Больной себя считает в течение 2,5 лет, когда после отдыха на юге появились слабость, нестойкие артралгии кистей, боли в мышцах голени, повышение T до $37,5^{\circ}\text{C}$ по вечерам. Через 3 месяца обратилась к врачу (в ОАК анемия Нв - 100 г/л, СОЭ - 35 мм/час), ОАМ - без патологии. Получала амбулаторно НПВС с незначительным эффектом. Два года назад при повторном обследовании выявлена анемия Нв - 89 г/л, СОЭ - 42 мм/час, в ОАМ - белок 0,99 г/л, Эр. - 40-50 в п/зр. Госпитализирована в ЦРБ, назначен преднизолон в дозе 60 мг/сут. На фоне терапии состояние субъективно улучшилось. В течение последнего года появилось умеренное выпадение волос. Последнее ухудшение в течение 2 мес. вышеуказанные жалобы прогрессировали после психоэмоционального стресса. В тяжелом состоянии доставлена сан. авиацией в ОКБ.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы сухие и бледные. На волосистой части головы - алопеция. Увеличены подмышечные, паховые л/у. Питание понижено. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слева значительно ослаблено. Побочных дыхательных шумов нет. Границы сердца: ЧСС = ПС = 96 в/мин. АД - 180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, диффузная чувствительность при пальпации. Печень по Курлову 12x10x10 см. Селезенка +2 см. Отеки в области голеностопных суставов и н/трети голени.

ОАК: Нв - 81 г/л, ЦП - 0,9, Ле - 4×10^9 /л, Лимф - 20%, п/я - 4%, с/я - 79%, Э - 1%, СОЭ - 60 мм/час. ОАМ - 1020, белок 1,65 г/л, Эр. - 40, Ле - 7-10 в п/зр. Суточная протеинурия - 2,8 г/сутки. БАК - АСТ - 49 усл. ед, АЛТ - 51 усл. ед, общ. билирубин 21 мкмоль/л, креатинин 0,112 ммоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л.

ЗАДАЧА 5

Больная А., 46 лет. Жалобы на посинение кожи пальцев стоп и кистей, снижение массы тела, укорочение пальцев кистей, необходимость запивать водой сухую еду, сухой кашель, невозможность полного открывания рта, похудание на 14 кг за 3 года, одышку при ходьбе.

Из анамнеза: больна в течение 6 лет. Заболевание началось с беспричинной лихорадки $37,2-37,6^{\circ}\text{C}$. Тогда же стала отмечать побеление пальцев стоп и кистей на холоде. Через 2 года начала отмечать уплотнение кожи кистей и лица. В последние 3 года появилась необходимость запивать сухую еду. Полтора года назад впервые появились изменения в анализах мочи.

Об-но: Укорочение дистальных фаланг пальцев кистей. Цианоз кожи кистей, стоп, носа, ушных раковин. Язвочки на коже кистей не заживают в течение месяца.

Уплотнение кожи конечностей туловища и лица. Черты лица заострены, кисетообразные складки вокруг рта. Контрактуры проксимальных межфаланговых суставов. В легких в задне-базальных отделах, выслушивается незвучная крепитация. ЧД 24 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Рс - 80, АД - 180/120.

Общий ан. крови: Л - $5,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 37 мм/час, СРБ+, РФ 1:80, Ле-клеток нет, АНФ отр., креатинин крови 0,284 ммоль/л. Общ. ан. мочи: уд. вес - 1012, белок - 0,29 г/л, Эр - 2-5, Л - 3, ЦИЛ - 1-2 в п/зр.

1. Выделите синдромы.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. *Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.*

4. *Лечение.*

5. *Прогноз. Диспансеризация. МСЭ*

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 3) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 4) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 9) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 10) Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
- 11) Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
- 12) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Раздел 6. Внутренние болезни в ОВП

Тема 6.8. Аллергические состояния/заболевания наиболее часто встречающиеся в общей врачебной практике

Цель:. формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с аллергическими заболеваниями.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам с аллергическими заболеваниями на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики принципы лечения и особенности аллергическими заболеваниями;
- изучить алгоритм ведения пациентов при аллергических заболеваниях в амбулаторных условиях с применением положений актуальных клинических рекомендаций;
- рассмотреть современные инструменты профилактики аллергических заболеваний/состояний и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения врачом общей практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от

пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с аллергическими заболеваниями /состояниями в условиях ОВП
2. Аллергический ринит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
3. Аллергический конъюнктивит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
4. Крапивница. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
5. Инсектная аллергия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
6. Пищевая аллергия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
7. Лекарственная аллергия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач).

3. Решить ситуационные задачи

1) **Алгоритм разбора задач:** ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) – воспалительное заболевание кожи, развивающееся на фоне аллергического диатеза, чаще в младенческом возрасте, отличается хроническим рецидивирующим

течением, возрастной инволюцией, симметричным поражением, зудящими воспалительными элементами с истинным полиморфизмом. АД может прерваться на любом этапе, но чаще эволюционирует вплоть до 25-30-лет.

Типичный пациент

- в младенчестве преимущественно поражается кожа лица (за исключением области носогубного треугольника), волосистой части головы, рук, а при диссеминированном поражении – наружные поверхности конечностей и ягодич; объективно преобладают папуловезикулезные высыпания с выраженным экссудативным компонентом, субъективно – мучительный зуд (расчесы)
- в раннем детском и школьном возрасте экссудативные проявления постепенно сменяются лихеноидными: постепенное утолщение и усиление кожного рисунка, кожа становится сухой, отмечаются эрозии, эксфолиации, геморрагические корочки, болезненные трещины на ладонях, пальцах и подошвах; выраженное мелкопластинчатое и отрубевидное шелушение; характерно поражение в области сгибательных поверхностей конечностей, шеи, локтевых и подколенных ямках, тыльной стороне кистей; к 15-20 годам наблюдается множество эксфолиаций и геморрагических корочек, локализующихся на лице (периорбитальная, периоральная области), шее (в виде «декольте»), локтевых сгибах, вокруг запястий и на тыльной поверхности кистей; субъективно: зуд, нарушения сна;
- старше 20 лет: складчатая лихенификация, повышенная сухость кистей, лица, шеи; возможны островоспалительные элементы в период обострения; субъективно – симптомы сухости кожи.

Факторы риска

- генетическая предрасположенность;
- аэроаллергены, распыленные в воздухе, в том числе – микрочлещи домашней пыли, пыльца, перхоть животных;
- внутриутробные инфекции;
- пищевая аллергия у детей раннего возраста;
- нарушения регулирующей функции центральной нервной и вегетативной систем;
- Индикаторы серьезного заболевания:
- распространенный процесс поражения кожи;
- наличие признаков вторичной инфекции;
- респираторные проявления атопии;
- выраженное экссудативное воспаление кожи у пациентов старше 20 лет;
- Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:
- психоэмоциональные нарушения, вызывающие экссудативное воспаление либо зуд кожи;
- пассивное курение, приводящие к усилению кожного зуда;
- производственные факторы;
- неправильный уход за кожей;

Ведение больного

Диагностика

Абсолютные (обязательные или большие) критерии:

- зуд кожных покровов;
- типичная морфология и локализация высыпаний в соответствии с возрастом;
- хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и осенью.

Неабсолютные (дополнительные) критерии:

- Первая группа: наличие в анамнезе атопии; реакции немедленного типа при проведении кожных тестов; белый дермографизм, феномен замедленного побледнения на холинергические агенты; передняя субкапсулярная катаракта.

- Вторая группа: ихтиоз ладоней; белый питириаз; волосяной кератоз; бледность лица и темное окрашивание верхних век; углубленные морщинки на нижних веках у детей; увеличение уровня IgE в сыворотке крови; кератоконус; неспецифический дерматит кистей; частые кожные инфекции.

Для постановки диагноза АД необходимо помимо абсолютных признаков, наличие двух или более признаков из первой группы неабсолютных признаков или четырех и более – из второй.

Возможные осложнения АД

- вторичная пиодермия (чаще золотистый стафилококк);
- герпетиформная экзема Капоши (чаще вирус простого герпеса);
- микотическая инфекция (*Trichophyton rubrum*, у детей – *Candida*);
- респираторные проявления атопии («аллергический марш»).

Лечение

Первичная профилактика сенсibilизации пациентов (элиминационные режимы)

Пациентов предупреждают о необходимости соблюдения профилактических мер, исключающих воздействие аэроаллергенов, психических раздражителей, а также соблюдении профилактической диеты в случае установленного аллергена (эмпирически или на основании аллергологического теста).

При выборе одежды для больных АД необходимо учитывать не качество ткани, из которой изготовлена одежда, а ее выделка (ткань должна быть мягкой, не раздражающей кожу).

Отказ больными АД от применения любых моющих средств (в том числе – содержащих и не содержащих ферментные добавки) на выраженность симптомов заболевания не влияет.

Купирование обострения заболевания

При обострении АД - антигистаминные препараты, преимущественно 2-ого поколения:

- цетиризина дигидрохлорид – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; в возрасте от 6 до 12 лет – по 1 таб. 1 р/сутки или по ½ таб. 2 р/сутки 10-14 дней;
- лоратадин – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; детям от 2 до 12 лет назначаются по ½ таб. 1 р/сутки 10-14 дней.

При повышенной возбудимости, нарушениях сна и профессии, не связанной с повышенным вниманием, возможно использование антигистаминных препаратов 1-ого поколения:

- клемастин – лицам старше 7 лет по ½-1 таб. 2 раза/сутки 10-14 дней; внутримышечно – по 2 мл 2 р/сутки 10-14 дней;
- хлоропирамин – по 1 таб. 3-4 р/сутки во время еды 10-14 дней; внутримышечно по 1-2 мл (2% р-р) 2-3 р/сутки 10-14 дней.

- дифенгидрамин – взрослым назначается по 0,03-0,05 г 1-3 р/сутки 10-14 дней; внутримышечно 1-5 мл (1% р-р); детям до 1 года – по 0,002-0,005 г, от 2 до 5 лет – по 0,005-0,015 г, от 6 до 12 лет – по 0,015-0,03 г на прием 1-3 р/сутки 10-15 дней;

Наружную терапию проводят с использованием одного из препаратов кортикостероидов 10-14 дней (при остром воспалении - лосьоны и кремы; при хроническом – кремы, мази):

- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;
- мометазона фураат 0,1%, крем, лосьон, мазь;
- метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем, мазь, жирная мазь, эмульсия;
- бетаметазона валериат 0,1%, крем, мазь;
- бетаметазона дипропионат 0,025-0,05%, крем, мазь;

Возможно назначение короткого курса (3-5 дней) топических кортикостероидов высокой активности с последующим переходом на использование топических кортикостероидов низкой или средней активности:

- клобетазола пропионат 0,05 % (крем, мазь), 3-5 дней;
- гидрокортизон 0,1-1,0% (крем, мазь), 7-10 дней, либо
- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;

Короткие курсы лечения топическими кортикостероидами (10-14 дн.) следует чередовать с назначением курсов индифферентных мазей (5-7 дн.) с целью профилактики тахифилаксии.

При уменьшении островоспалительных явлений используют противозудные и смягчающие кожу средства.

Контроль за состоянием аллергического воспаления (базисная терапия)

В качестве базисной терапии используются мембраностабилизаторы, например, кетотифен – по ½-1 таблетке (0,5-1 мг) 2 р/сутки до 3-6 месяцев.

Обучение больного

По возможности пациенты, страдающие АД, и их родственники должны пройти курс обучения в аллергошколе, где получают основные представления о правильном уходе за кожей, правилах гигиенических мероприятий, в особенности при наличии бытовой и эпидермальной сенсibilизации, мерах профилактики обострений.

Немедикаментозная терапия

Ногти у больного должны быть коротко острижены, чтобы минимизировать вероятность расчесывания и вторичного инфицирования. С целью уменьшения сухости кожи рекомендуется снижать температуру помещения и повышать влажность воздуха. Не рекомендуется часто принимать ванну. После душа кожу следует, не растирая, слегка промокнуть полотенцем с последующим нанесением смягчающего крема или лосьона, пока кожа еще не высохла.

Критерии эффективности проводимой терапии

Проводимая терапия должна приводить к уменьшению выраженности зуда и отечности при кожных проявлениях, способствовать разрешению высыпаний на коже, уменьшению или исчезновению зуда, нормализации сна.

Показания к консультации врача-дерматовенеролога

Тяжелое течение АД (площадь поражения кожи более 30%); присоединение вторичной инфекции; стероидофобия; отсутствие эффекта от проводимого вмешательства в течение 5-7 дней.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача

Мать девочки 6-и месяцев обратилась к участковому педиатру с жалобами на беспокойство, плаксивость, раздражительность ребёнка, появление опрелостей в кожных складках и покраснение кожи щёк после употребления виноградного сока.

Из анамнеза: Ребёнок от III беременности (первая закончилась родами, вторая – выкидышем). Матери 30 лет, страдает бронхиальной астмой, во II-й половине беременности переболела ОРВИ. Во время беременности не придерживалась строгой диеты (иногда употребляла клубнику, цитрусовые, шоколад, кофе). Роды срочные, физиологичные. Родилась с массой 3900 г, длиной тела 52 см. На естественном вскармливании. У папы – аллергический ринит. У бабушки по линии матери – нейродермит. Дома живёт кошка.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Масса тела = 9 кг. Кожные покровы бледно – розовые. На коже щёк лёгкая гиперемия и отёчность, сопровождающиеся лёгким шелушением. Гнейс вокруг большого родничка. Большой родничок 2*2 см. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, в области паховых складок – опрелости. Отмечается пастозность и снижение тургора мягких тканей. Пальпируются периферические лимфоузлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пузрыльное, хрипов нет. ЧД = 32 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС = 122 уд/мин. Живот при пальпации безболезненный во всех отделах, урчание по ходу кишечника. Печень + 3 см из-под рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул и диурез в норме. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Девочка хорошо поворачивается с живота на спину. Подползает к игрушке. Свободно берёт игрушки из разных положений. Произносит слоги “ма” и “ба”. Но со слов мамы ещё не может самостоятельно брать пищу губами с ложки при кормлении.

ЗАДАНИЕ

1. Диагноз? Группы риска по заболеваниям и по прививкам? Группа здоровья?
2. Оценить НПП ребёнка.
3. Какие дополнительные результаты обследования необходимы?
4. Перечислите эндогенные и экзогенные факторы развития атопического дерматита.
5. Каковы особенности кожи детей раннего возраста?
6. Перечислите первичные и вторичные морфологические элементы, характерные для больных атопическим дерматитом.
7. Назначьте лечение.
8. Составьте план диспансерного наблюдения за данным ребёнком.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы ординаторов 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 (привести вопросы для самоконтроля)

1. Проведение полного клинического обследования пациентов с аллергическими заболеваниями /состояниями в условиях ОВП
2. Аллергический ринит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
3. Аллергический конъюнктивит. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
4. Крапивница. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
5. Инсектная аллергия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
6. Пищевая аллергия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.
7. Лекарственная аллергия. Распространенность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Диспансерное наблюдение. Профилактика. Организация ведения пациента в общей врачебной практике.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

01. Иммунологическим механизмом атопической бронхиальной астмы является:

- А) аллергическая реакция немедленного типа;
- Б) аллергическая реакция замедленного типа;
- В) аллергическая реакция немедленного и замедленного типа;
- Г) аутоиммунный механизм;
- Д) иммунокомплексные реакции.

02. В инфильтрате стенки бронха при бронхиальной астме преобладают:

- А) альвеолярные макрофаги;
- Б) лимфоциты;
- В) эозинофилы;
- Г) плазматические клетки;
- Д) гранулоциты.

03. Из перечисленных основных патологических процессов для ранней фазы приступа бронхиальной астмы характерно:

- 1. бронхоспазм;
- 2. отек стенки бронха;
- 3. острое вздутие легких;
- 4. гиперсекреция.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

04. Причиной нарушения дыхания при бронхиальной астме является:

- 1. бронхоспазм;
- 2. отек слизистой оболочки бронхиального дерева;
- 3. гиперсекреция;
- 4. усиленная вентиляция легких.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

05. Показанием к ингаляции интала является:

1. лечение астматического статуса;
2. лечение острого приступа бронхиальной астмы;
3. лечение острых инфекций верхних дыхательных путей;
4. профилактика приступа бронхиальной астмы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

06. Адреномиметики, стимулирующие бета-2-адренорецепторы короткого действия, назначаются с целью:

1. уменьшения гиперсекреции;
2. длительной профилактики приступов бронхиальной астмы;
3. лечения астматического состояния;
4. купирования острого приступа удушья.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

07. Ингаляции глюкокортикостероидов при бронхиальной астме показаны:

1. для купирования острого приступа удушья;
2. лечение острых инфекции верхних дыхательных путей;
3. для лечения астматического состояния;
4. для профилактики приступов удушья.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

08. Дитек может быть использован для:

1. терапии астматического состояния;
2. терапии приступа бронхиальной астмы средней тяжести;
3. терапии хронического бронхита;
4. профилактики приступов бронхиальной астмы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

09. Для атопической бронхиальной астмы характерно:

- А) эффект элиминации
- Б) непереносимость препаратов пиразолонового ряда;
- В) репкдивизирующий полипоз носа;
- Г) постепенное развитие приступа;
- Д) для лечения острого приступа бронхиальной астмы

10. К медленно действующим биологически активным веществам при аллергии немедленного типа относится:

- А) ацетилхолин;
- Б) гистамин;
- В) лейкотриены;
- Г) серотонин;
- Д) брадикинин.

11. Из перечисленных аллергенов наиболее частой причиной атопической бронхиальной астмы является:

- А) домашняя пыль;
- Б) споры плесневых грибов;
- В) продукты жизнедеятельности бактерий, находящихся в воздухе;
- Г) гельминты; -
- Д) хламидии.

12. Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:

- А) связывании свободного гистамина;
- Б) высвобождении гистамина;
- В) конкурентном действии с гистамином за Н-рецепторы;
- Г) торможении образования гистамина;
- Д) усиленном выведении гистамина.

13. Среди перечисленных классов иммуноглобулинов реагином соответствует:

- А) IgE;
- Б) IgD;
- В) IgM;
- Г) IgA;
- Д) IgA.

14. В понятие пищевой аллергии входит:

- 1. токсико-аллергическое действие пищевых продуктов;
- 2. токсическое действие пищевых продуктов;
- 3. непереносимость пищевых продуктов;
- 4. аллергические реакции на пищевые аллергены.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. К облигатным пищевым аллергенам относят:

- 1. яйца;
- 2. шоколад;
- 3. рыбу;
- 4. мясо.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

16. При аллергии к образующим парааминобензойную кислоту сульфаниламидам можно назначать:

- 1. пенициллин;
- 2. аспирин
- 3. лидокаин,
- 4. НПВП.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

17. К наиболее частым клиническим проявлениям немедленной аллергии на пищевые аллергены относятся:

- 1. острая и хроническая крапивница
- 2. ангионевротический отек Квинке;
- 3. поражение желудочно-кишечного тракта;
- 4. поражение нервной системы.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

18. Специфическим гипосенсибилизирующим методом лечения пищевой аллергии является:

- 1. назначение антигистаминных препаратов;
- 2. назначение энтеросорбентов;
- 3. назначение гистоглобулина;
- 4. элиминационные диеты.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

19. Понятие о сывороточной болезни включает:

- 1. аллергическую реакцию на медикаменты;
- 2. токсическую реакцию на медикаменты;
- 3. токсическую реакцию на белок лошадиной сыворотки;
- 4. аллергическую реакцию на белок чужеродной сыворотки.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

20. В механизме развития сывороточной болезни принимает участие:

- А) IgG
- Б) IgE;
- В) комплементарная система;
- Г) IgG, IgM, IgE, комплементарная система;
- Д) IgA.

21. Наиболее частым проявлением сывороточной болезни является:

- 1. острая крапивница;
- 2. температурная реакция;
- 3. лимфаденопатия;
- 4. гастрит.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

22. действие этимизола состоит в:

- 1. стимуляции надпочечников;
- 2. подавлении Т-лимфоцитов-супрессоров;
- 3. стимуляции Т-лимфоцитов-супрессоров;
- 4. активации адренокортикотропной функции гипофиза.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

23. для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к:

- 1. аспирину и пиразолоновым производным;
- 2. сульфаниламидным препаратам;
- 3. препаратам фенотиазинового ряда;
- 4. лекарствам растительного происхождения.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) - если правильны ответы 1 и 3;
- В) - если правильны ответы 2 и 4;
- Г) - если правильный ответ 4;
- Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

24. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

- А) молоку и молочным продуктам;
- Б) мясу птицы;
- В) рыбе;
- Г) меду;
- Д) шоколаду.

25. Для пыльцевой бронхиальной астмы характерно:

- А) обострение в зимнее время года;
- Б) круглогодичное течение процесса;
- В) обострение при уборке квартиры;
- Г) обострение в весенне-летнее время года;
- Д) обострение в осеннее время года.

26. При пыльцевой бронхиальной астме после полной элиминации аллергена:
- А) все функциональные легочные нарушения полностью нормализуются,
 - Б) сохраняется незначительный скрытый бронхоспазм в течение года;
 - В) сохраняется выраженный бронхоспазм в течение полугода;
 - Г) сохраняются нарушения вентиляции по рестриктивному типу;
 - Д) сохраняются нарушения вентиляции по обструктивному типу.
27. Наиболее эффективным методом профилактики обострения поллиноза является:
- А) иглорефлексотерапия
 - Б) назначение антимадиаторных препаратов;
 - В) назначение глюкокортикостероидов;
 - Г) специфическая иммунотерапия;
 - Д) физиотерапия.
28. В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие:
- А) неиммунных механизмов;
 - Б) IgA;
 - В) сенсibilизированных лимфоцитов;
 - Г) IgE;
 - Д) сенсibilизированные лимфоциты;
29. В патогенезе хронической аллергической крапивницы и отека Квинке имеют значение:
- А) сенсibilизированные лимфоциты;
 - Б) неиммунные механизмы;
 - В) наследственный дефект в системе комплемента;
 - Г) IgE;
 - Д) IgA.
30. Патогенез псевдоаллергических форм отека Квинке и крапивницы обусловлен:
- А) участием IgE, IgM;
 - Б) участием сенсibilизированных лимфоцитов,
 - В) участием Т-зависимых и В-зависимых аллергических реакций;
 - Г) нарушениями в системе комплемента;
 - Д) подавляет Т-лимфоциты-супрессоры.
31. Наследственный ангионевротический отек Квинке связан со следующими дефектами системы комплемента:
- 1. недостаточностью C4
 - 2. недостаточностью C2
 - 3. увеличением C2, C4
 - 4. недостаточностью C1 ингибитора.
- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) - если правильны ответы 1 и 3;
 - В) - если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) - если правильный ответ 4;
 - Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
32. При рецидиве наследственного ангионевротического отека Квинке в плазме обнаруживаются следующие изменения в системе комплемента:
- А) антивирусный С
 - Б) взаимодействие с C4 и C2
 - В) все вышеперечисленные факторы;
 - Г) уменьшение C2, C4
 - Д) увеличение C2, C4

33. При неспецифическом лечении холинергической крапивницы наи более эффективны:

- А) антигистаминные препараты;
- Б) глюкокортикостероидные препараты;
- В) гистоглобулин;
- Г) холинолитические препараты;
- Д) бета-2- агонисты.

1-А	11-А	21-А	31-Г
2-В	12-А	22-Г	32-Г
3-Г	13-А	23-Г	33-Г
4-А	14-Г	24-Г	
5-Г	15-А	25-Г	
6-Г	16-Д	26-А	
7-Г	17-А	27-Г	
8-Г	18-Г	28-Г	
9-А	19-Г	29-Г	
10-В	20-Г	30-Г	

4) Решить ситуационные задачи.

Задача

Мать с мальчиком 8-и лет пришла на плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы.

Дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

Болен с 6-и месяцев, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем данное заболевание повторялось с периодичностью в 2 – 4 месяца. С 2-летнего возраста, наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям.

В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в неделю). Ребёнок обучается на дому. Последний приступ – 2 недели назад.

Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад – стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60 – 70 %, тест с вентолином всегда положителен. Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав.

При осмотре: объективно ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаков дыхательной недостаточности нет. Кожа чистая, бледная, периорбитальный цианоз.

Дыхание жёсткое, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Пульс 90 ударов в минуту, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β_2 -адреномиметики, муколитики, периодически применялись ингаляционные глюкокортикоиды.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации.
2. Показано ли оформление инвалидности ребёнку, на каком основании и на какой срок?
3. Составьте план диспансерного наблюдения.
4. Оцените возможность проведения профилактических прививок ребёнку.
5. Фармакодинамика β_2 -адреномиметиков, применяемых в клинической практике.
6. Методы реабилитации больных с данным заболеванием.

7. Патофизиологические механизмы изменений в бронхах при тяжёлом течении бронхиальной астмы у детей.
8. Показания для назначения ингаляционных глюкокортикоидов больных с бронхиальной астмы.
9. Механизм действия ингаляционных глюкокортикоидов.
10. Опишите клиническую картину астматического статуса.
11. Рекомендации родителям по уходу за ребёнком.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под общ. ред. Д.А. Сычева; науч. ред. В. А. Отделенов. — СПб.: ЦОП «Профессия», 2016. — 224 с., ил.
- 3) Пожилой больной в общей врачебной практике. Под редакцией Е.В. Фроловой, О.Ю. Кузнецовой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480с.
- 4) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

Раздел 7. Здоровье женщин

Тема 7.1. Обследование здоровых и больных женщин

Цель: Изучить основные методы обследования женщин в условиях общей врачебной практики, показания к их применению и противопоказания, технику проведения, возможные осложнения.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности клинических методов исследования женщин в условиях общей врачебной практики, особенности сбора анамнеза, проведения наружного и внутреннего исследования.
2. Рассмотреть показания к применению лабораторных методов исследования в женщин в условиях общей врачебной практики, особенности забора материала для бактериоскопического, бактериологического, цитологического методов, интерпретировать результаты проведенных исследований. Знать условия, показания, противопоказания, принципы проведения, осложнения.
3. Уметь интерпретировать результаты клинических, лабораторных методов исследования.
4. Определить показания для консультации других специалистов.

Обучающийся должен знать:

1. Условия, показания, противопоказания, осложнения при проведении клинических методов исследования; особенности сбора анамнеза у беременных, рожениц, родильниц, гинекологических больных; принципы проведения специального акушерского исследования, влагалищного исследования.
2. Условия, показания, противопоказания, осложнения при проведении лабораторных методов исследования. Биохимические. Иммунологические. Бактериоскопические. Бактериологические. Микробиологические. Цитологические. Морфологические методы исследования.
3. Методы обследования беременной (сбор анамнеза, лабораторные методы обследования,
4. Методы исследования в гинекологии: методы функциональной диагностики. Измерение базальной температуры. Бактериоскопические. Бактериологические. Гормональные. Микробиологические. Цитологические. Морфологические методы исследования.

Обучающийся должен уметь:

1. Интерпретировать результаты: биохимических, иммунологических, бактериоскопических, бактериологических. Микробиологические. Цитологические. Морфологические методы исследования.
2. Оценить данные ультразвукового сканирования.
3. Выполнить забор материала для микроскопического, бактериологического, цитологического исследований

Обучающийся должен владеть навыками:

1. Сбора анамнеза у беременной, роженицы, родильницы, гинекологических больных; специального

- акушерского исследования (приемы Леопольда - Левицкого); простой и расширенной пельвиометрии, аускультации сердечных тонов плода; осмотра шейки матки на зеркалах и методикой влагалищного исследования; проведения тестов функциональной диагностики (измерение базальной температуры).
2. Интерпретации данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Наружная конъюгата, диагональная конъюгата ее измерение и определение величины истинной конъюгаты.
2. Приемы наружного акушерского исследования, цель и техника выполнения.
3. Характеристики сердцебиения плода.
4. Осмотр шейки матки в зеркалах: техника выполнения, интерпретация данных.
5. Влагалищное исследование. Показания, техника выполнения.
6. Основные методы исследования в гинекологии.
7. Бактериологическое исследование влагалища, шейки матки и уретры. Показания, техника выполнения.
8. Особенности обследования девушек-подростков.
9. По каким параметрам устанавливается срок беременности в первом триместре беременности.

2. Практическая подготовка.

Отработка навыков (наружное и внутреннее акушерское исследование, осмотр шейки матки на зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) на тренажерах.

Освоение манипуляций (наружное и внутреннее акушерское исследование, осмотр шейки матки на зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) по алгоритму.

Отработка навыков (осмотр шейки матки на зеркалах, забор материала для исследования, бимануальное влагалищное исследование) на тренажерах.

Алгоритмы выполнения манипуляций.

Определение манипуляции: осмотр шейки матки на зеркалах.

Осмотр при помощи двусторчатого зеркала.

1. Получают у пациентки информированное согласие на исследование.
2. Гинекологическое кресло покрывают стерильной салфеткой, предлагают пациентке лечь на гинекологическое кресло.
3. Обрабатывают руки одним из ускоренных методов, надевают стерильные перчатки.
4. Двусторчатое зеркало (зеркало Куско) берут в правую руку.
- Указательным и большим пальцем левой руки разводят половые губы, а правой рукой вводят зеркало Куско в сомкнутом виде в прямом размере до середины влагалища.
- Переводят зеркало в поперечный размер и продвигают до сводов влагалища, раскрывая створки, фиксируют зеркало винтом. Осматривают шейку матки, стенки влагалища.
- (Определить: цвет слизистой влагалища и шейки матки; наличие или отсутствие патологических изменений (рубцов, полипов, эрозий); форму шейки матки (коническая, цилиндрическая, деформированная); форму наружного зева (округлая, щелевидная); характер выделений (слизь, гной, кровь).)
- Развинчивают замок, выводят зеркало постепенно наружу, приоткрывая его и осматривая переднюю и заднюю стенки влагалища.
5. Зеркало погружают в емкость с дезинфицирующим раствором.
6. Предлагают пациентке встать, гинекологическое кресло обрабатывают ветошью с дезинфицирующим раствором.
7. Снимают перчатки и помещают в раствор (согласно инструкции).
8. Моют и сушат руки с использованием мыла или антисептика.
9. Дезинфицированные перчатки утилизируют в желтый мешок (класс Б).

Осмотр при помощи ложкообразного зеркала и подъемника.

1. Пункты 1-3.
2. Берут в правую руку ложкообразное зеркало и вводят его ребром по задней стенке влагалища. Водят в глубину, поворачивают зеркало поперек, оттесняя кзади промежность. Параллельно этому вводят переднее зеркало-подъемник, которым приподнимают переднюю стенку влагалища и осматривают шейку матки и влагалища.
3. Далее пункты 5-9.

Определение манипуляции: бимануальное (двуручное) исследование.

Показания: Определение патологии матки, ее придатков, костного таза, промежности и влагалища.

Противопоказания: Отсутствие дефлорации.

Оснащение: Кресло, перчатки, раствор антисептика.

Техника выполнения.

1. Объяснить больной цель и значение исследования.
2. Сообщить о необходимости опорожнить мочевого пузыря.
3. Уложить больную на гинекологическое кресло в положение «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.
4. Объяснить, что во время исследования дыхание должно быть свободным.
5. Подготовить к осмотру наружные половые органы, обработав их и внутреннюю поверхность бедер раствором антисептика.
6. Вымыть руки и надеть стерильные перчатки.
7. 1 и 2 пальцами левой руки развести большие и малые половые губы.
8. Продолжая разводить с помощью левой руки вход во влагалище, правой рукой (средним и указательным пальцами) войти во влагалище (большой палец обращен к лонному сочленению), а безымянный и мизинец прижаты к ладони, тыльная сторона руки упирается в промежность.
9. Введенными во влагалище пальцами правой руки исследовать состояние влагалища, сводов, а затем, осторожно заведя пальцы в задний свод, смещают матку вперед и вверх и пальпируют ее через переднюю стенку.
10. Обследовать матку (величину, плотность, подвижность и наличие болезненности), пальцы наружной и внутренней рук переводятся от углов матки к боковым поверхностям таза (исследуются яичники и маточные трубы, величина, форма, болезненность, подвижность).
11. Пропальпировать с помощью правой (внутренней) руки внутреннюю поверхность таза (седалищные ости, крестцовую впадину, наличие экзостозов).
12. Извлекая правую руку из влагалища, внимательно ее осмотреть на наличие имеющихся выделений и их характер (количество, цвет, запах, наличие кровянистых выделений). Снять перчатки, вымыть руки.

Определение манипуляции: Приемы наружного исследования беременной (приемы Леопольда).

Показания: определение положения, вида, позиции, предлежания внутриутробного плода, диагностика многоплодной беременности.

Оснащение: кушетка, история родов (индивидуальная карта беременной).

Техника выполнения:

1. Беременную уложить на спину, ее ноги должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах. Встать справа от женщины, лицом к ней.
 2. Первым приемом определяют высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки. Ладони обеих рук расположите на уровне дна матки, пальцы рук сближайте, осторожными надавливанием вниз определяйте уровень стояния дна матки и часть плода, находящуюся у дна матки.
 3. Вторым приемом определяют позицию и вид позиции плода. Обе руки со дна матки перемещать книзу, расположив их на боковых поверхностях. Пальпацию частей плода производить постепенно правой и левой рукой, чтобы определить, в какую сторону обращена спинка плода и его мелкие части. Спинка плода определяется на ощупь как широкая, гладкая, плотная поверхность. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде подвижных небольших бугорков. Если спинка слева - 1 позиция. Если спинка справа - 2 позиция. Спинка впереди - передний вид. Спинка сзади - задний вид.
- Третьим приемом определяют предлежание плода. Исследование выполняется одной рукой. Положите правую руку немного выше лонного сочленения так, чтобы 1 палец находился на одной стороне, четыре остальных - на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленным и осторожным движением пальцы погружайте вглубь, охватывая часть плода, расположенную над лоном. Головка плода ощущается как крупная, круглая, плотная часть, а ягодичы - как крупная, но мягкая его часть - головное и тазовое предлежание плода. Если определяется головка над входом в малый таз - головное предлежание. Если определяются ягодичы - тазовое предлежание.

5. Четвертым приемом определяют уровень расположения предлежащей части:

Выполняется двумя руками. Встать спиной к лицу женщины, ладони обеих рук расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, при этом концы пальцев должны достичь симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно скользить вглубь, по направлению к полости таза, уточняя характер предлежащей части плода и высоту ее стояния.

Возможные ошибки и осложнения:

1. Неправильное положение женщины при исследовании.
2. Неверное расположение рук исследующего, отступление от предложенного алгоритма, переполненный мочевого пузырь затрудняют проведение исследования и интерпретацию полученных результатов.

Определение манипуляции: осмотр шейки матки на зеркалах.

Осмотр при помощи двусторчатого зеркала.

1. Получают у пациентки информированное согласие на исследование.

2. Гинекологическое кресло покрывают стерильной салфеткой, предлагают пациентке лечь на гинекологическое кресло.

3. Обрабатывают руки одним из ускоренных методов, надевают стерильные перчатки.

4. Двусторчатое зеркало (зеркало Куско) берут в правую руку.

Указательным и большим пальцем левой руки разводят половые губы, а правой рукой вводят зеркало Куско в сомкнутом виде в прямом размере до середины влагалища.

Переводят зеркало в поперечный размер и продвигают до сводов влагалища, раскрывая створки, фиксируют зеркало винтом. Осматривают шейку матки, стенки влагалища.

(Определить: цвет слизистой влагалища и шейки матки; наличие или отсутствие патологических изменений (рубцов, полипов, эрозий); форму шейки матки (коническая, цилиндрическая, деформированная); форму наружного зева (округлая, щелевидная); характер выделений (слизь, гной, кровь).)

Развинчивают замок, выводят зеркало постепенно наружу, приоткрывая его и осматривая переднюю и заднюю стенки влагалища.

5. Зеркало погружают в емкость с дез. раствором.

6. Предлагают пациентке встать, гинекологическое кресло обрабатывают ветошью с дезинфицирующим раствором.

7. Снимают перчатки и помещают в раствор (согласно инструкции).

8. Моют и сушат руки с использованием мыла или антисептика.

9. Дезинфицированные перчатки утилизируют в желтый мешок (класс Б).

Осмотр при помощи ложкообразного зеркала и подъемника.

1. Пункты 1-3.

2. Берут в правую руку ложкообразное зеркало и вводят его ребром по задней стенке влагалища. Водят в глубину, поворачивают зеркало поперек, оттесняя кзади промежность. Параллельно этому вводят переднее зеркало-подъемник, которым приподнимают переднюю стенку влагалища и осматривают шейку матки и влагалища.

3. Далее пункты 5-9.

Определение манипуляции: забор материала для бактериоскопического исследования содержимого уретры, цервикального канала и влагалища.

Пошаговый алгоритм:

Забор материала проводится до выполнения гинекологического обследования больной и проведения влагалищных лечебных процедур.

1. Обработать руки, надеть перчатки.

2. Больную уложить на гинекологическое кресло на одноразовую пленку.

3. Специальным карандашом каждое предметное стекло разделить на 3 части, каждую из которых обозначить [на одной — букву U — уретра (urethra), на второй С — цервикальный канал шейки матки (cervix), на третьей V—влагалище (vagina)].

4. Первоначально берется материал из уретры, затем цервикального канала и влагалища.

5. Материал из уретры берётся не ранее чем через 2-3 часа после мочеиспускания после массажа уретры со стороны влагалища. Первую порцию выделений из уретры полагается снять ватным шариком. Ввести зонд в уретру на глубину 1 - 1,5 см и аккуратно, не поранив слизистую, несколькими вращательными движениями по часовой стрелке произвести соскоб в течение 3 – 5

секунд. Полученный материал сразу нанести на предметное стекло, вращая зонд против часовой стрелки

6. Ввести зеркало в сомкнутом состоянии на всю глубину влагалища, раскрыть и фиксировать в таком положении с помощью замка.

7. Забор материала цервикального канала. Удалить слизь с поверхности шейки матки сухим стерильным тампоном, ввести зонд в цервикальный канал на 1 - 1,5 см и вращать в течение 3 – 5 секунд по часовой стрелке. Извлечь зонд, избегая касания стенок влагалища, и сразу нанести мазок такими же вращательными движениями в обратном направлении (против часовой стрелки) на предметное стекло.

8. Забор материала из влагалища. Бактериологическую петлю ввести в задний или боковой свод влагалища, произвести взятие материала. Полученный материал сразу нанести на предметное стекло.

9. Извлечь зеркало из влагалища.

10. Замочить весь использованный материал: перчатки, инструменты, мягкий инвентарь в дезинфицирующем растворе.

11. Вымыть руки с мылом и осушить.

12. Мазок высушить при комнатной температуре, после полного высыхания мазок поместить в индивидуальный полиэтиленовый пакет с замком (гриппер), заполненное направление прикрепить степлером к данному пакету и доставить в лабораторию в течение суток.

Определение манипуляции: забор материала для бактериологического исследования содержимого уретры, цервикального канала и влагалища.

Цель манипуляции: выявление патогенов при клинических формах бактериальной и грибковой инфекции, а также инфекций вызванных простейшими; полноценная оценка биоценоза влагалища; подбор рациональной антибактериальной терапии на основе спектра бактериальной чувствительности и резистентности; выявление при беременности бессимптомного бактериального носительства во влагалище ряда условно – патогенных микроорганизмов.

Показания: вульвовагинальная инфекция; скрининговое обследование биоценоза влагалища при беременности.

Противопоказания: кровотечение.

Оснащение:

- кресло
- перчатки
- раствор антисептика
- зеркало Куско
- стерильный ватный тампон
- стерильная пробирка с питательной средой
- направление в лабораторию.

Условия получения полноценного материала:

- Пациентке в течение суток перед исследованием не следует проводить спринцевания, применять вагинальные препараты;
- Бактериологическое исследование проводят строго до начала антибактериальной терапии, контрольное исследование проводят строго через 7-10 дней после окончания курса;
- Следует воздержаться от половых контактов в течение 1-2 суток перед исследованием;
- Исследование проводят вне периода менструации. Оптимальный период проведения исследования - первая фаза менструального цикла.

Техника выполнения:

1. Объяснить больной цель и значение исследования.
2. Подготовить необходимый инструментарий.
3. Промаркировать пробирку с питательной средой.
4. Уложить больную на гинекологическое кресло в положение «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.
5. Подготовить к осмотру наружные половые органы, обработав их и внутреннюю поверхность бедер раствором антисептика.
6. Вымыть и просушить руки, надеть стерильные перчатки.
7. Ввести зеркало во влагалище и обнажить шейку матки на зеркалах.

8. Стерильным ватным тампоном забрать содержимое сводов влагалища.
9. Поместить ватный тампон в стерильную пробирку с питательной средой.
10. Удалить зеркало из влагалища, постепенно закрывая его.
11. Снять перчатки, поместив в пакет с отходами класса «Б».
12. Предложить пациентке встать.
13. Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором.
14. Вымыть руки, обработать раствором антисептика
15. Оформить направление в лабораторию (фамилия, имя, отчество; возраст; диагноз; дата взятия материала).

Определение манипуляции: забор материала для цитологического исследования содержимого уретры, цервикального канала и влагалища.

Показания: скрининг рака шейки матки

Противопоказания: осмотр *virgo*

Оснащение:

- Гинекологическое кресло
- Стерильные перчатки
- Раствор антисептика
- Двусторчатые или ложкообразные зеркала
- Цитощетки различных модификаций, Cervex-Brush или шпатель Эйра
- Предметное стекло или стабилизирующий раствор (применение метода жидкостной

цитологии)

- Индивидуальная пленка
- Бланк направлений

Условия получения полноценного материала:

- Пациентке в течение суток перед исследованием не следует проводить спринцевания, применять вагинальные препараты.
 - Следует воздержаться от половых контактов в течение 1-2 суток перед исследованием.
 - Недостоверный результат возможен при взятии материала во время менструации.
- Предпочтительно взятие мазка, начиная с 5-го дня менструального цикла и за 5 дней до предполагаемого начала менструаций.

Техника выполнения:

1. Объяснить пациентке цель и значение исследования.
2. Подготовить необходимый инструментарий.
3. Промаркировать предметные стекла.
4. Уложить пациентку на гинекологическое кресло, покрытое индивидуальной пленкой, в положении «на спине», ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.
5. Вымыть руки с мылом, просушить, надеть стерильные перчатки.
6. Ввести зеркало во влагалище и обнажить шейку матки.
7. Если имеются излишки слизистых выделений, следует аккуратно удалить их ватным тампоном, не надавливая на шейку матки.
8. Вскрыть упаковку цитощетки со стороны рукоятки.
9. Ввести цитощетку в цервикальный канал, взять соскоб, повернув ее на 360° по часовой стрелке, 5 раз, стараясь получить материал из цервикального канала (эндоцервикса), зоны трансформации и влагалищной части шейки матки (экзоцервикса).
10. Нанести мазок путем равномерного прокатывания цитощетки по предметному стеклу, используя обе стороны щеточки, или поместить цитощетку с собранным материалом в стабилизирующий раствор (при проведении метода жидкостной цитологии).
11. Извлечь зеркало из влагалища, постепенно закрывая его.
12. Снять перчатки, поместив их в пакет с отходами класса «Б».
13. Предложить пациентке встать.
14. Обработать гинекологическое кресло дезинфицирующим раствором.
15. Вымыть руки с мылом, обработать антисептиком.
16. Оформить направление в лабораторию.

3. Решить ситуационные задачи.

Задача № 1.

К врачу общей практики обратилась повторнобеременная в сроке 33 недели. Группа крови O(I), резус отрицательный. Из анамнеза: два медицинских аборта. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, пульс 80 уд.в мин, АД 110/70, вес 84 кг, отеков нет. ОЖ 86 см, ВДМ 32 см. Размеры таза: 25-29-31-20. Матка при пальпации в нормальном тонусе, сердцебиение плода приглушено, ритмичное 132 уд в мин. По данным УЗИ: плод соответствует 33 неделям беременности, плацента расположена по задней стенке 2 степени зрелости, при доплерометрии нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод не выявлено. КТГ по шкале Фишера 8 баллов. В анализе крови: титр антител-1:16. В ОАК: Нб 100 г/л, эритроцитов $2,8 \times 10^{12}/л$.

Клинический диагноз. Тактика врача общей практики.

Задача № 2.

К врачу общей практики обратилась первобеременная в сроке 26 недель с жалобами на периодические тянущие боли внизу живота. Из анамнеза: Группа крови беременной A(II), резус отрицательная, группа крови супруга B(III) резус положительный. Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, физиологической окраски, пульс 84 уд.в мин, АД 100/70, вес 70 кг, отеки голеней, прибавка за беременность 10 кг. Матка при пальпации возбудима, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 136 уд в мин. Данные влагалищного исследования: шейка матки размягчена, длиной до 3 см, центрирована проходима для 1 п/ пальца до внутреннего зева, плодный пузырь цел, предлежит головка, мыс недостижим. В анализе крови: титр антител-1:8.

Клинический диагноз. Тактика врача общей практики.

Задача № 3.

Больная 26 лет. В анамнезе хроническое воспаление придатков матки, бесплодие в течение 4 лет. Задержка месячных на 4 недели. Жалоб нет. Смещение матки безболезненное, тело ее несколько увеличено, мягковатой консистенции, справа в области придатков образование 8x4x3 см, мягковатой консистенции, ограниченно подвижное, чувствительное. Своды свободные. Выделения светлые. Результаты обследования: в моче обнаружен хорионический гонадотропин. На УЗИ в полости матки плодного яйца не обнаружено. В ампулярном отделе трубы имеется ретрообразное утолщение, с неоднородной структурой.



УЗИ органов брюшной полости.

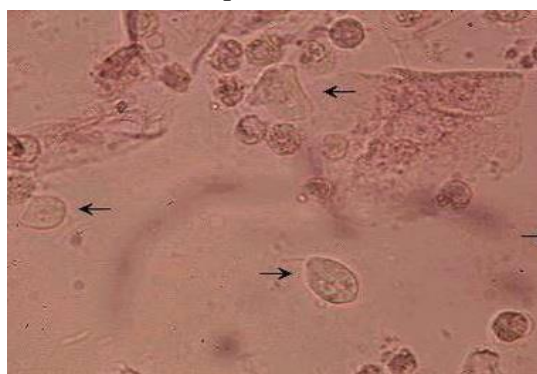
Диагноз. План обследования. Лечение.

Ответ: прогрессирующая внематочная беременность справа.

Задача № 4.

Больная 23 лет. Жалобы на обильные бели, зуд, жжение. Заболела 5 дней назад после полового

акта. Менструальный цикл не нарушен. Температура нормальная, пульс 76 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При осмотре в зеркалах - слизистая влагалища резко гиперемирована, выделения обильные пенистые, желтовато-зеленого цвета. При влагалищном исследовании: движения за шейку матки болезненные, матка и придатки без особенностей.



Микроскопическая картина
нативного препарата.
Диагноз. План обследования.
Лечение. Ответ: вагинит, трихомониаз.
Обследование на другие ИППП.
Лечение: метронидазол системно и локально.

4. Задания для групповой работы

Работа в малых группах под контролем преподавателя: Интерпретировать данные бактериоскопического метода исследования при различных патологических процессах нижнего отдела генитального тракта. Провести дифференциальный диагноз. Интерпретировать данные морфологического метода исследования при различных патологических процессах в шейке матки. Интерпретация результатов лабораторных исследований, функциональных проб, интерпретация результатов визуализирующих исследований, решение ситуационных задач.

4. 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 рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Наружные размеры таза.
2. Наружная конъюгата, диагональная конъюгата ее измерение и определение величины истинной конъюгаты.
3. Приемы наружного акушерского исследования, цель и техника выполнения.
4. Характеристики сердцебиения плода.
5. Осмотр шейки матки в зеркалах: техника выполнения, интерпретация данных.
6. Влагалищное исследование. Показания, техника выполнения.
7. Показания для применения лабораторных методов исследования в акушерстве и гинекологии.
8. Биохимические исследования: показания, методика, диагностическая ценность.
9. Иммунологические исследования: показания, методика, диагностическая ценность.
10. Бактериоскопическое исследование: показания, методика забора материала, диагностическая ценность.
11. О чем свидетельствует присутствие «ключевых» клеток при микроскопии содержимого влагалища.
12. Бактериологическое исследование: показания, методика забора материала, диагностическая ценность.
13. Показания для количественного определения содержания хорионического гонадотропина в крови.
14. Динамика содержания хорионического гонадотропина в сыворотке крови в I триместре беременности.
15. Микробиологическое исследование: показания, методика забора материала, диагностическая ценность.
16. Цитологические показания, методика забора материала, диагностическая ценность.

17. Морфологические методы исследования.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. При микроскопии влагалищного мазка можно судить о происходящих в организме эндокринных изменениях.

Для этого необходимо учитывать

- a) принадлежность клеток к тому или иному слою вагинального эпителия
- b) степень окраски протоплазмы клеток
- c) величину ядер клеток
- d) соотношение эпителиальных клеток
- e) все перечисленное

4. Тест базальной температуры основан

- a) на воздействии эстрогенов на гипоталамус
- b) на влиянии простагландинов на гипоталамус
- c) на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса
- d) ни на чем из перечисленного
- e) на всем перечисленном

7. Возможными причинами диагностических ошибок при использовании морфологических методов исследования в гинекологии могут быть

- a) неполноценность исследуемого материала (некротизированная ткань, взятая не из очага поражения или неправильно сохраненная)
- b) неполнота и неточность клинических данных
- c) недостаточная степень подготовки специалиста
- d) отсутствие единой трактовки одного и того же патологического процесса
- e) все перечисленные

8. При кольпоскопии определяют

- a) рельеф поверхности слизистой оболочки влагалищной порции шейки матки
- b) границу плоского и цилиндрического эпителия шейки матки
- c) особенности сосудистого рисунка на шейке матки
- d) все перечисленное
- e) ничего из перечисленного

9. Количественное определение содержания хорионического гонадотропина в моче, в основном, используется

- a) для диагностики беременности малого срока
- b) для диагностики пузырного заноса
- c) для оценки развития беременности в I триместре
- d) для оценки развития беременности во II триместре

a) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

10. К тестам функциональной диагностики обычно относится

- a) исследование шеечной слизи
- b) измерение базальной температуры
- c) кольпоцитология
- d) биопсия эндометрия

a) правильно 1, 2, 3

б) правильно 1, 2

в) все ответы правильны

г) правильно только 4

д) все ответы неправильны

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

1. Наименьшим сроком беременности, считая от момента зачатия, при котором можно обнаружить плодное яйцо с помощью трансабдоминальной эхографии, является

- a) 1 неделя
- b) 2 недели
- c) 3 недели
- d) 4 недели
- e) 5 недель

2. Наименьшим сроком беременности, при котором "пустое" плодное яйцо при УЗИ надежно указывает на наличие анэмбрионии, является

- a) 2 недели
- b) 4 недели
- c) 6 недель
- d) 8 недель
- e) 10 недель

3. При ультразвуковом исследовании плаценты ее толщина (при наличии отечной формы гемолитической болезни плода) чаще всего составляет

- a) 0.2-0.5 см
- b) 0.6-0.8 см
- c) 0.9-1.5 см
- d) 2-3 см
- e) 4 см и более

15. К эхографическим признакам угрозы прерывания беременности в ранние сроки не относятся:

- a) локальное утолщение миометрия
- b) деформация плодного яйца
- c) воронкообразное расширение внутреннего зева
- d) наличие желточного мешка диаметром 4 мм

ОТВЕТЫ: 1-В, 2-Г, 3-Д, 4-Г, 5-А, 6-Г, 7-Д, 8-Д, 9-д, 10-В, 11-Д, 12-А,Г; 13-Б, 14-Г,15-Г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.].М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-

Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>

8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>

9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>

10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 7. Здоровье женщин

Тема 7.2. Ведение физиологической беременности

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи беременным женщинам в условиях общей врачебной практики.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи беременным женщинам и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть физиологию беременности, биомеханизм родов, факторы риска, диагностику и алгоритм ведения (маршрутизацию) беременных;
- изучить методы обследования беременных; диспансерное наблюдение за беременными;
- сформировать навык организации и ведения беременной женщины с физиологическим течением беременности в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

5. Условия, показания, противопоказания, осложнения при проведении клинических методов исследования; особенности сбора анамнеза у беременных, рожениц, родильниц, принципы проведения специального акушерского исследования, влагалищного исследования.
6. Условия, показания, противопоказания, осложнения при проведении лабораторных методов исследования.
7. Тактику ведения беременных женщин в критические периоды, показания для госпитализации
8. Периоды родов, биомеханизм родов.
9. Послеродовый период: ранний и поздний. Лактация.

Обучающийся должен уметь:

- 1) Собрать анамнез у беременной женщины
- 2) Провести диагностику беременности в разные сроки.
- 3) Обследовать беременную женщину
- 4) Выявлять признаки патологии беременности и владеть алгоритмом маршрутизации беременных.

Обучающийся должен владеть навыками:

1. Сбора анамнеза у беременной, роженицы, родильницы, специального акушерского исследования (приемы Леопольда - Левицкого); простой и расширенной пельвиометрии, аускультации сердечных тонов плода; осмотра шейки матки на зеркалах и методикой влагалищного исследования;
2. Интерпретации данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Наружная конъюгата, диагональная конъюгата ее измерение и определение величины истинной конъюгаты.
2. Приемы наружного акушерского исследования, цель и техника выполнения.
3. Характеристики сердцебиения плода.
4. Осмотр шейки матки в зеркалах: техника выполнения, интерпретация данных.
5. Влагалищное исследование. Показания, техника выполнения.

6. Бактериологическое исследование влагалища, шейки матки и уретры. Показания, техника выполнения.
7. По каким параметрам устанавливается срок беременности по триместрам беременности.

2. Практическая подготовка.

Отработка навыков (наружное и внутреннее акушерское исследование, осмотр шейки матки на зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) на тренажерах.

Освоение манипуляций (наружное и внутреннее акушерское исследование, осмотр шейки матки на зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) по алгоритму.

Отработка навыков (осмотр шейки матки на зеркалах, забор материала для исследования, бимануальное влагалищное исследование) на тренажерах.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Предварительный диагноз. 2. Ведущие симптомы и синдромы. 3. Признаки наличия серьезных проблем. 4. Признаки наличия психосоциальных факторов риска. 5. Особенности сбора анамнеза, осмотра. 6. Лабораторные и инструментальные исследования- показания для исследований. 7. Тактика ВОП.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 18 лет, первая беременность, срок 10 недель, предъявляет жалобы на тошноту и рвоту (ТР), продолжающиеся в течение всего дня.

Предварительный диагноз: *Тошнота и рвота у беременных*

Симптомы: Тошнота, рвота

Признаки наличия серьезных проблем -ТР, не поддающиеся лечению;

ТР, продолжающиеся во втором и третьем триместрах беременности;

Неукротимая рвота беременных (*Hyperemesis gravidarum*);

Потеря веса, превышающая 5% от массы тела;

Дегидратация (снижение тургора кожи, сухость кожи и слизистых, олигурия, кетоз);

Неудовлетворительные показатели лабораторных и инструментальных исследований;

Постуральная (ортостатическая) гипотензия, тахикардия, лихорадка;

Гепатоспленомегалия, болезненность в эпигастрии, точке Мерфи;

Изменение высоты стояния дна матки, ухудшение слышимости тонов сердца плода.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Психические расстройства (нарушения питания – анорексия, тревога, депрессия, хронический стресс), неоднозначное восприятие или отрицание женщиной беременности, истероидный тип личности;

Употребление алкоголя, фармакологических препаратов, вызывающих тошноту и рвоту (напр., морфин, дигоксин), профессиональные вредности, путешествия (морская болезнь), чрезмерные физические нагрузки.

Ведение пациента

Анамнез

Необходимо обратить внимание на симптомы (их тяжесть и продолжительность). Хотя диагностика ТР у беременных, на основании сбора анамнеза, не представляет трудностей, важно исключить другие причины, приводящие к развитию ТР.

Осмотр

При проведении физикального осмотра в большинстве случаев патология не выявляется. Возможны сниженный тургор, сухость кожи и слизистых.

Лабораторные и инструментальные исследования необходимы только в тяжелых случаях, когда имеется реальный риск для здоровья матери или плода:

Общий анализ мочи (кетонурия)

Биохимический анализ крови (в тяжелых случаях возможно ухудшение показателей печеночных проб, изменение показателей мочевины крови).

Уровень электролитов крови (нарушение баланса электролитов);

Гормоны крови (гипертироксинемия);

УЗИ органов брюшной полости (патология ЖКТ).

Факторы риска: пузырный занос; многоплодная беременность; первая беременность; нежелательная беременность; предыдущая беременность, осложненная ТР; женский пол плода; отсутствие аборт в анамнезе; отсутствие стажа курения; низкий социально-экономический статус; юный возраст беременной женщины; ярко выраженные эмоциональные черты характера.

При признаках серьезных проблем

Необходима консультация специалиста (акушер-гинеколог, гастроэнтеролог, эндокринолог, оториноларинголог).

При отсутствии признаков серьезных проблем

Объяснить пациентке, что большинство случаев ТР проходят самостоятельно в конце первого триместра беременности, и являются излечимыми состояниями (в течение 2-4 недель) при соблюдении рекомендаций.

Немедикаментозное лечение – диета, изменение стиля жизни. Принимать пищу следует часто, малыми порциями. Использовать продукты, богатые белками, углеводами и бедные жирами. Рекомендовано применение пищевых добавок, содержащих имбирь. Следует избегать неприятных пищи и запахов, которые вызывали тошноту до беременности. Соблюдение режима дня, послеобеденный сон.

Лекарственная терапия обоснована только в случаях, когда нет эффекта от немедикаментозного лечения, симптомы ТР ярко выражены, носят хронический характер или существенно снижают качество жизни женщины.

Стандартом лечения служит комбинация пиридоксина (витамин В6) и блокатора H1-гистаминовых рецепторов доксиламина (Юнисом – таблетки по 25мг). Рекомендуется назначать ½ таблетки Юнисома + 10мг пиридоксина 3 раза в день.

Монотерапия пиридоксином (по 10-25 мг 3 раза в день, с перерывами в 2-3 дня), может быть назначена в случае невозможности комбинированной терапии.

Изолированное назначение блокаторов H1-гистаминовых рецепторов рекомендуется при тяжелом течении ТР.

Антимиметики (метоклопрамид) безопасны при ведении беременных с ТР, однако убедительных данных их эффективности, не получено.

В случае резистентности к немедикаментозному и фармакологическому лечению, необходимо искать другие причины ТР, что не всегда бывает успешным.

При наличии психосоциальных факторов риска

С целью уменьшения реакций на внешние стимулы, ослабления психомоторного возбуждения и подавления чувства страха рекомендуется использовать нейролептики – производные фенотиазина (хлорпромазин по 10-20мг 4-6 раз в день, прохлорперазин по 5-10 мг 3-4 раза в день), безопасные для здоровья матери и плода, эффективные при тяжелом течении ТР у беременных.

Рекомендуется избегать необоснованного использования фармакологических препаратов (нередко вызывающих ТР), употребления алкоголя и наркотических веществ. Также следует воздержаться от дальних поездок и тяжелых физических нагрузок.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Больная, 20 лет, заболела остро, с повышением температуры до 38,4°C. Начало заболевания совпало с началом месячных. Беспокоят резкие боли внизу живота.

При специальном осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность придатков с обеих сторон, матка нормальной величины, инфильтратов нет.

Наиболее вероятно, что у больной:

- а) острое воспаление придатков матки;
- б) острый аппендицит;
- в) разрыв кисты яичника;
- г) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на увеличение массы тела на 18кг, редкие месячные. Данные симптомы развились после родов. Менструальная функция до родов носила нормальный характер. Роды 2 года назад протекали на фоне преэклампсии, осложнились массивным кровотечением.

Объективно: ожирение III степени, лунообразная форма лица, незначительный гирсутизм, артериальное давление - 150/90 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании патологии не выявлено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) послеродовой эндокринный синдром;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера.

Задача 3. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, легкую утомляемость, похудание, отсутствие месячных в течение года. Роды 2 года назад с кровопотерей более 2 литров.

Объективно: астеническое телосложение, артериальное давление - 90/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании обращает на себя внимание выраженная сухость слизистой влагалища, матка меньше нормы.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) синдром Киари – Фроммеля.

Задача 4. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на отсутствие месячных в течение 8 месяцев. Роды 6 лет назад без особенностей.

Объективно: галакторея, нерезко выраженная акромегалия и гирсутизм.

При влагалищном исследовании патологии не обнаружено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) опухоль гипофиза.

Задача 5. Пациентка, 25 лет, обратилась к семейному врачу с жалобами на раздражительность, агрессивность, тошноту, головокружение, болезненное нагрубание молочных желез, зуд в области промежности, повышение температуры тела, снижение зрения, одышку. Данные жалобы возникают за 2-14 дней до менструации и исчезают после окончания менструации.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) эндометриоз;
- б) альгодисменорея;
- в) предменструальный синдром;
- г) тиреотоксикоз.

Задача 6. У роженицы на 6-й день послеродового периода наблюдается повышение температуры тела до 38°C, озноб, болезненность при пальпации молочных желез. Описанная клиническая картина характерна:

- а) для нагрубания молочных желез;
- б) для серозного мастита;
- в) для абсцесса молочной железы;
- г) для трещин соска.

Задача 7. Роженица предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 39°C на пятые сутки после родов.

Объективно: гиперемия верхненаружного квадранта левой молочной железы, там же плотный инфильтрат 5х6 см, болезненный при пальпации, на левом соске - трещина, правая молочная железа без особенностей.

В описанной ситуации наиболее вероятен диагноз:

- а) лактационный серозный мастит;
- б) трещина сосков;
- в) опухоль молочной железы;
- г) абсцесс молочной железы.

Задача 8. У роженицы на 5-й день после родов был обнаружен лактационный мастит. Через 3 дня, несмотря на проводимую антибактериальную терапию, вновь повысилась температура, появился озноб, продолжают беспокоить боли в молочной железе.

Объективно: имеется инфильтрат в верхненаружном квадранте левой молочной железы, в центре которого определяется размягчение.

Каковы основные принципы лечения заболевания на данном этапе?

Ответы на задачи

Задача 1. а) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. а) послеродовой эндокринный синдром.

Задача 3. б) синдром Шихена.

Задача 4. г) опухоль гипофиза.

Задача 5. в) предменструальный синдром.

Задача 6. б) для серозного мастита.

Задача 7. г) абсцесс молочной железы.

Задача 8.

а) изменение антибактериальной терапии

б) дезинтоксикационная терапия

в) применение физиотерапии

г) хирургическое вмешательство.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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

2.1. Показания к проведению УЗИ, эндоскопических методов диагностики.

2.2. Перечень показаний (социальных и медицинских) к искусственному прерыванию беременности.

2.3. Первая помощь при лактационных маститах.

2.4. Современные методы диагностики беременности.

2.5. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, связанные с беременностью.

2.6. Наиболее оптимальный метод послеродовой контрацепции.

2.7. Явки к врачу общей практики при физиологической беременности.

2.8. Программа ведения физиологической беременности у женщин без сопутствующих заболеваний.

2.9. Показания к прерыванию беременности.

2.10. Ведение беременных с гипертонической болезнью.

2.11. Ведение беременных женщин с сахарным диабетом.

2.12. Ведение беременных женщин с хроническим пиелонефритом.

2.13. Что такое эмбриотоксический и тератогенный эффекты.

2.14. Какими препаратами предпочтительно проводить терапию артериальной гипертензии у

беременных.

- 2.15. Какие антибактериальные средства могут применяться во время беременности.
- 2.16. Применение АСК во время беременности.
- 2.17. Классификация токсикозов беременных.
- 2.18. Рвота беременных. Программа ведения беременных.
- 2.19. Определение групп «высокого риска» и доклинических проявлений гестозов.
- 2.20. Показания к госпитализации при появлении осложнений беременности
- 2.21. Первая помощь при эклампсии и преэклампсии.
- 2.22. Периоды течения родов.
- 2.23. Биомеханизм родов.
- 2.24. Акушерское пособие.
- 2.25. Оценка физического состояния плода.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

- 10. Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться:
 - а) из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тушфором;
 - б) из заднего свода влагалища;
 - в) не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии;
 - г) на 2-3-й день месячных;
 - д) у всех беременных женщин.
- 11. Диагноз гонореи может быть поставлен:
 - а) при положительной реакции Борде – Жангу;
 - б) при обнаружении двустороннего воспаления маточных труб;
 - в) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала;
 - г) в случаях обнаружения гонококков;
 - д) в случаях повышения температуры тела до 38°C в ответ на введение гоновакцины.
- 12. Особенностью гонореи у женщин является:
 - а) высокая частота поражения влагалища;
 - б) наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала;
 - в) связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом;
 - г) высокая частота поражения параметрия;
 - д) двустороннее поражение маточных труб.
- 17. В результате исследования бактериоскопических мазков Вы обнаружили наличие лейкоцитов, покрывающих все поля зрения и отсутствие флоры. В этой ситуации необходимо:
 - а) назначить провокацию воспаления;
 - б) назначить рассасывающее противовоспалительное лечение;
 - в) начать антибактериальную терапию;
 - г) повторно взять мазки.
- 18. Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать:
 - а) сперматозоиды;
 - б) трихомонады;
 - в) внутриматочные контрацептивы;
 - г) аборты;
 - д) стероидные контрацептивы.
- 35. Преждевременные роды - это роды в период:
 - а) от 28 до 38 недель;
 - б) от 26 до 36 недель;
 - в) от 28 до 34 недель;
 - г) от 30 до 40 недель.
- 36. Причинами угрожающего аборта могут быть:
 - а) нейроэндокринные расстройства;
 - б) генитальный инфантилизм;
 - в) последствия искусственного аборта;
 - г) иммунологическая несовместимость;
 - д) хромосомные и генные заболевания матери.

37. Симптомами угрожающего аборта могут быть:
- а) схваткообразные боли;
 - б) обильное кровотечение;
 - в) мажущие темно-кровянистые выделения;
 - г) гнойные выделения;
 - д) пенистые выделения.
38. Причинами угрожающего аборта могут быть:
- а) пороки развития плодного яйца и трофобласта;
 - б) неполноценность шейки матки и ее внутреннего зева;
 - в) поздние токсикозы беременности;
 - г) миома матки;
 - д) резус-несовместимость крови плода и матери.
39. При угрозе прерывания беременности диагностическое значение имеет определение:
- а) содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты;
 - б) хорионического гонадотропина;
 - в) тестостерона;
 - г) 17-кетостероидов.
40. Для снижения тонуса и сократительной активности матки применяются:
- а) папаверина гидрохлорид;
 - б) но-шпа;
 - в) сернокислая магнезия;
 - г) хлористый кальций;
 - д) физиотерапия.
41. В комплексное лечение привычного выкидыша включается:
- а) иммунодепрессивная терапия;
 - б) десенсибилизирующая терапия;
 - в) синтетические прогестины - ригевидон с первых недель беременности;
 - г) токолитики.
42. При угрозе прерывания беременности нельзя использовать:
- а) бета-миметики;
 - б) простагландины;
 - в) препараты кальция;
 - г) ингибиторы простагландинов.
43. Беременность нецелесообразно пролонгировать при начавшихся преждевременных родах в сроке (недель):
- а) 32;
 - б) 34;
 - в) 30;
 - г) 28.
44. При преждевременном отхождении околоплодных вод при сроке беременности 34 недели необходимо:
- а) ожидать развития спонтанной родовой деятельности;
 - б) произвести родовозбуждение в течение 12-24 часов;
 - в) произвести операцию кесарева сечения;
 - г) начать профилактику внутриутробной инфекции.
45. Еже недельная прибавка массы во второй половине беременности не должна превышать (г):
- а) 100-150;
 - б) 150-200;
 - в) 200-300;
 - г) 300-400;
 - д) 400-500.
46. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся:
- а) отеки беременных, гипертония беременных;
 - б) птолизм, рвота беременных;
 - в) гипертония беременных, преэклампсия;
 - г) дерматозы, хорея беременных;

- д) острая желтая атрофия печени, рвота беременных.
47. Основные принципы лечения раннего токсикоза заключаются:
- а) в воздействии на ЦНС, коррекции нарушений водного и электролитного баланса, нормализации КОС, лечении сопутствующих заболеваний;
 - б) в воздействии на ЦНС, устранении генерализованного сосудистого спазма и расстройств гемодинамики;
 - в) в коррекции водно-электролитного обмена, выведении интерстициальной жидкости;
 - г) в общеукрепляющей терапии, улучшении маточно - плацентарного кровообращения, кардиальной терапии.
48. Для магниальной терапии поздних гестозов используется раствор сульфата магния в концентрации:
- а) 10%;
 - б) 20%;
 - в) 25%;
 - г) 24%;
 - д) 15%
49. Методика проведения магниальной терапии по схеме Д.П.Бровкина включает
- а) 4 внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния через 12 часов;
 - б) 2 внутримышечных инъекции по 20 мл 25% сульфата магния через 6 часов;
 - в) 4 внутримышечных инъекции по 24 мл 25% сульфата магния, 3 из них через 4 часа и четвертая - через 6 часов;
 - г) 4 внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния, 3 из них через 4 часа и четвертая - через 6 часов;
 - д) 3 внутримышечные инъекции по 10 мл 25% сульфата магния через 3 часа.
50. Общая доза сухого вещества магния сульфата, вводимая в течение одного курса магниальной терапии по Д.П.Бровкину составляет (г):
- а) 6;
 - б) 12;
 - в) 24;
 - г) 48;
 - д) 72.
51. Выбор дозы сульфата магния для внутривенного введения при лечении позднего токсикоза зависит:
- а) от массы тела женщины и величины артериального давления;
 - б) от срока беременности;
 - в) от массы плода;
 - г) от состояния плода;
 - д) от степени зрелости плаценты.
52. В настоящее время внутривенное введение сульфата магния при лечении позднего токсикоза:
- а) не используется;
 - б) применяется в дозе 24 мл 20% раствора, струйно;
 - в) применяется капельно в 200 мл 5% раствора глюкозы;
 - г) проводится в одинаковой дозе без учета массы тела;
 - д) проводится в дозе, не зависящей от величины артериального давления.
53. Эуфиллин при лечении беременных с тяжелыми формами позднего токсикоза применяется в дозе:
- а) по 1 мл 24% раствора внутримышечно 1-2 раза в день;
 - б) по 10 мл 24% раствора внутривенно 1-2 раза в день;
 - в) по 1 мл 2,4% раствора внутримышечно 3-4 раза в день;
 - г) по 10 мл 2,4% раствора внутривенно 1 -2 раза в день;
 - д) по 0,15г 3-4 раза в день, внутрь.
54. Препарат сибутин в лечении беременных с поздним токсикозом используется для:
- а) борьбы с генерализованным сосудистым спазмом;
 - б) профилактики и лечения гипоксии плода;
 - в) регуляции сократительной деятельности матки;
 - г) снижения артериального давления;
 - д) улучшения кровотока в почках.

55. Ацетонурия характерна для:
- а) преэклампсии;
 - б) отеков беременных;
 - в) рвоты беременных;
 - г) нефропатии беременных;
 - д) дерматозов беременных.
56. Укажите симптомы, не характерные для эклампсии:
- а) отеки;
 - б) альбуминурия, олигурия;
 - в) артериальная гипертензия;
 - г) судорожные припадки;
 - д) гектическая лихорадка.
57. Дифференциальный диагноз эклампсии следует проводить:
- а) с эпилепсией;
 - б) с уремией;
 - в) с менингоэнцефалитом;
 - г) с опухолью головного мозга.
58. Стойкие очаговые неврологические симптомы после прекращения экламптического припадка, сопровождающиеся длительным нарушением сознания, в первую очередь заставляют заподозрить:
- а) присоединение менингоэнцефалита;
 - б) развитие геморрагического инсульта;
 - в) наличие опухоли головного мозга.
59. При экламптическом припадке противопоказан:
- а) эуфиллин;
 - б) сомбревин;
 - в) лазикс;
 - г) альбумин.
60. Какие из перечисленных свойств сомбревина определяют противопоказания к его применению для лечения эклампсии:
- а) усиливает судороги;
 - б) вызывает электролитные нарушения;
 - в) повышает артериальное давление;
 - г) способствует возникновению геморрагического инсульта.
61. Преэклампсия:
- а) может осложняться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты;
 - б) обычно не отражается на состоянии плода;
 - в) требует комплексной многокомпонентной терапии;
 - г) при неэффективности проводимой терапии требует родоразрешения в ближайшие 2 недели;
 - д) является абсолютным показанием к кесареву сечению.
62. Припадок эклампсии:
- а) может осложняться кровоизлиянием в головной мозг;
 - б) обычно длится около 10-15 мин;
 - в) начинается с клонических судорог;
 - г) обычно не сопровождается нарушением дыхания;
 - д) характеризуется кратковременной утратой сознания и полным его восстановлением сразу по окончании приступа судорог.
63. При наличии лактационного мастита необходимо:
- а) произвести бактериологическое исследование молока;
 - б) провести опорожнение молочных желез;
 - в) назначить антибактериальные препараты;
 - г) применить УВЧ.
64. Для патологического лактостаза характерно:
- а) равномерное и болезненное нагрубание молочных желез;
 - б) инфильтрат в одной молочной железе;
 - в) отечность и гиперемия отдельных участков железы;
 - г) трещины сосков.

65. Факторами риска по развитию трещин сосков являются:
- а) втянутый сосок;
 - б) недоразвитие соска;
 - в) недостаточный гигиенический уход за сосками при кормлении;
 - г) гиперпигментация сосков.
66. Для лечения трещин сосков следует рекомендовать:
- а) антибактериальную терапию;
 - б) местное применение антисептических и дубящих лекарственных средств;
 - в) прекращение кормления;
 - г) подавление лактации;
 - д) УФО и дарсонвализацию.
67. Послеродовой мастит:
- а) развивается при инфицировании сосков во время кормления ребенка;
 - б) рассматривается как заболевание, обусловленное госпитальной инфекцией;
 - в) чаще встречается у повторнородящих;
 - г) развивается вследствие гематогенного распространения инфекции.
68. Послеродовой мастит:
- а) обычно вызывается золотистым стафилококком;
 - б) чаще является вторичным процессом;
 - в) чаще характеризуется подострым «вялым» началом;
 - г) в большинстве случаев бывает двусторонним.
69. Профилактика послеродового мастита:
- а) начинается в раннем послеродовом периоде;
 - б) включает обработку сосков 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого;
 - в) включает прививки стафилококкового анатоксина в первые 24 часа после родов;
 - г) должна включать назначение внутримышечных инъекций полиглобулина;
 - д) включает УФО сосков и ареол.
70. Типичная клиническая картина серозного мастита характеризуется:
- а) острым началом;
 - б) развитием заболевания на 6-8-й неделе послеродового периода;
 - в) общей слабостью, недомоганием, головной болью;
 - г) увеличением пораженной молочной железы;
 - д) болью в молочной железе.
71. Лактационный мастит:
- а) обычно развивается на 2-3-й неделе послеродового периода;
 - б) на первой стадии развития требует только симптоматической терапии;
 - в) в серозной стадии диагностируется редко;
 - г) обычно является следствием генерализованной послеродовой инфекции.
72. Инфильтративная форма лактационного мастита:
- а) формируется из серозной в течение 2-3 недель;
 - б) диагностируется при обнаружении увеличения железы;
 - в) характеризуется только местными проявлениями;
 - г) является показанием к хирургическому лечению;
 - д) часто развивается в результате неадекватной терапии серозного мастита.
73. Показаниями для подавления лактации являются:
- а) гангренозная форма мастита;
 - б) любая форма мастита с рецидивирующим течением;
 - в) инфильтративная форма мастита;
 - г) абсцедирующая форма мастита;
 - д) стремительное прогрессирование мастита.
74. Оптимальным средством для подавления лактации при абсцедирующем мастите является:
- а) верошпирон;
 - б) бромкамфора;
 - в) парлодел;
 - г) синестрол;
 - д) прогестерон.

75. С целью уменьшения секреции молока при лактационном мастите можно использовать:
- а) аппликации пузыря со льдом;
 - б) фуросемид по 40 мг внутрь ежедневно в течение 2-3 дней;
 - в) эндоназальный электрофорез пиридоксина;
 - г) парлодел по 2,5 мг внутрь два раза в день в течение 3 суток;
 - д) солевые слабительные.
76. С целью повышения неспецифических защитных механизмов больной маститом рекомендуется применение:
- а) антистафилококкового гамма-глобулина;
 - б) пентоксила;
 - в) калия оротата;
 - г) парладела;
 - д) продигозана.
77. Для лечения трещин сосков применяется:
- а) мазь календулы;
 - б) 1%-ный спиртовой раствор бриллиантового зеленого;
 - в) ультрафиолетовое облучение сосков и ареол по две биодозы ежедневно в течение 2-3 дней;
 - г) временный отказ от кормления больной грудью;
 - д) масляный раствор эстрадиола дипропионата.
78. При лечении лактационных маститов рекомендуется использовать
- а) бензилпенициллин;
 - б) стрептомицин;
 - в) цефалоспорины;
 - г) метициллин.

Ответы к тестовому контролю

1-В	11-г	21-д	31-а,б	41-а,б,г	51-А	61-а,в	71-а
2-Б,В,Г,Д	12-б,в,д	22-б,в	32-а,б,в,г	42-б,в	52-в	62-а	72-б,д
3-а,б,г,д	13-б	23-а,б,д	33-а,в,г	43-б	53-г	63-б	73-а,в,г,д
4-а,д	14-а,б	24-б,в	34-а	44-б,г	54-б	64-а	74-а
5-а,б	15-в,г,д	25-а	35-а	45-г	55-в	65-а,б,в	75-в
6-а,в	16-а	26-а,б,в,г,д	36-а,б,в,г,д	46-б	56-д	66-а,б,г	76-а,б,в,д
7-г	17-а,г	27-а,в,г	37-а,в	47-а	57-а,б,в,г	67-а	77-а,б,в,г
8-а	18-а,б,в,г,д	28-а,б,в,г,д	38-а,б,в,г,д	48-в	58-б	68-а,б,в	78-в,г
9-а,б,в	19-а,в,д	29-а,б,в,г,д	39-а,б,в,г	49-в	59-б	69-б,д	
10-г,д	20-а,б,в,г,д	30-а	40-а,б,в,д	50-в	60-а,в,г	70-а,б	

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю.

- Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>
- Дополнительная:**

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 7. Здоровье женщин

Тема 7.3 Менструальный цикл и его нарушения

Тема 7.4 Репродуктивное здоровье

Тема 7.5 Планирование семьи и контрацепция

Тема 7.6 Гинекологическая патология в общей врачебной практике

Цель: к концу обучения раздела «Здоровье женщин» врач должен приобрести знания, навыки и отношения, необходимые для эффективного оказания первичной акушерско-гинекологической помощи в условиях ОВП.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по темам и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих

оказание помощи пациентам по теме «Здоровье женщин» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Обсуждение проведения полного клинического обследования женщин с заболеваниями половой сферы и молочной железы в условиях ОВП
2. Рассмотрение распространенности основных гинекологических заболеваний в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, уметь их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Обучение профилактическим и реабилитационным мероприятиям при наиболее часто встречающихся заболеваниях женской половой сферы, выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
5. Уметь устанавливать эффективные долгосрочные взаимоотношения с женщинами, имеющими хронические заболевания половой сферы, и их семьями в условиях ОВП
6. Уметь организовать помощь женщинам с заболеваниями половой сферы наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач).*

3. Решить ситуационные задачи

Задача 1. Больная, 20 лет, заболела остро, с повышением температуры до 38,4°C. Начало заболевания совпало с началом месячных. Беспокоят резкие боли внизу живота.

При специальном осмотре обращает на себя внимание резкая болезненность придатков с обеих сторон, матка нормальной величины, инфильтратов нет.

Наиболее вероятно, что у больной:

- а) острое воспаление придатков матки;
- б) острый аппендицит;
- в) разрыв кисты яичника;
- г) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на увеличение массы тела на 18кг, редкие месячные. Данные симптомы развились после родов. Менструальная функция до родов носила нормальный характер. Роды 2 года назад протекали на фоне преэклампсии, осложнились массивным

кровотечением.

Объективно: ожирение III степени, лунообразная форма лица, незначительный гирсутизм, артериальное давление - 150/90 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании патологии не выявлено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) послеродовой эндокринный синдром;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера.

Задача 3. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, легкую утомляемость, похудание, отсутствие месячных в течение года. Роды 2 года назад с кровопотерей более 2 литров.

Объективно: астеническое телосложение, артериальное давление - 90/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании обращает на себя внимание выраженная сухость слизистой влагалища, матка меньше нормы.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) синдром Киари – Фроммеля.

Задача 4. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на отсутствие месячных в течение 8 месяцев. Роды 6 лет назад без особенностей.

Объективно: галакторея, нерезко выраженная акромегалия и гирсутизм.

При влагалищном исследовании патологии не обнаружено.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) синдром Иценко – Кушинга;
- б) синдром Шихена;
- в) синдром Рокитанского – Кюстнера;
- г) опухоль гипофиза.

Задача 5. Пациентка, 25 лет, обратилась к семейному врачу с жалобами на раздражительность, агрессивность, тошноту, головокружение, болезненное нагрубание молочных желез, зуд в области промежности, повышение температуры тела, снижение зрения, одышку. Данные жалобы возникают за 2-14 дней до менструации и исчезают после окончания менструации.

Перечисленные данные позволяют предположить диагноз:

- а) эндометриоз;
- б) альгодисменорея;
- в) предменструальный синдром;
- г) тиреотоксикоз.

Ответы на задачи

Задача 1. а) острое воспаление придатков гонорейной этиологии.

Задача 2. а) послеродовой эндокринный синдром.

Задача 3. б) синдром Шихена.

Задача 4. г) опухоль гипофиза.

Задача 5. в) предменструальный синдром.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	

В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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*
 1. Определение понятия «репродуктивная система».
 2. Структура репродуктивной системы.
 3. Функции отдельных уровней репродуктивной системы.
 4. Механизмы регуляции репродуктивной системы
 5. Техника проведения основных методов исследования в гинекологии: осмотр влагалища и влагалищной части шейки матки на зеркалах, зондирование матки, биопсия шейки матки, аспирационная биопсия, пункция брюшной полости через задний свод влагалища, получение содержимого полости матки.
 6. Показания к проведению УЗИ, эндоскопических методов диагностики.
 7. Подготовка женщины к проведению инструментальных методов исследования.
 8. Назовите наиболее надежный из неинвазивных методов контрацепции.
 9. Относительные показания к барьерным методам контрацепции?
 10. На чем основан ритм-метод контрацепции.
 11. Механизм действия ВМС.
 12. Показания к применению посткоитальных препаратов.
 13. Рекомендации супругам, планирующим беременность.
 14. Показания к медико-генетическому консультированию.
 15. Перечислить современные методы контрацепции.
 16. Показания и противопоказания операции хирургической стерилизации.
 17. Методы контрацепции, рекомендуемые женщинам с различными экстрагенитальными заболеваниями.
 18. Перечень показаний (социальных и медицинских) к искусственному прерыванию беременности.
 19. Клиника и тактика ведения больных с предменструальным синдромом.
 20. Диагностика синдрома Шихена.
 21. Синдром склерокистозных яичников. Предрасполагающие факторы.
 22. Признаки гипофункции яичников.
 23. Дифференциальная диагностика овуляторных и ановуляторных кровотечений.
 24. Лечение вторичной альгодисменореи.
 25. Классификация воспалительных заболеваний женских половых органов.
 26. Методы распространения инфекции по органам малого таза.
 27. Принципы диагностики ВЗПО.
 28. Тактика врача общей практики в ведении больных с ВЗПО.
 29. Показания к госпитализации.
 30. Определение «бесплодного брака».
 31. Классификация бесплодия (первичное, вторичное, абсолютное, относительное).
 32. Формы женского бесплодия (трубное, эндокринное).
 33. Женские, мужские и сочетанные факторы бесплодия в браке.
 34. Этапы диагностики бесплодия.

35. Экстракорпоральное оплодотворение. Показания, необходимые условия со стороны женского организма.
36. Крауроз и лейкоплакия. Принципы диагностики.
37. Фоновые заболевания шейки матки: эктропион, папиллома, эндометриоз, эрозия, псевдоэрозия, дисплазия, гиперплазия. Клинические проявления, диагностика.
38. Эндометриоз. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Диагностика.
39. Тактика врача общей практики в профилактике злокачественных новообразований женских половых органов.
40. Клинические особенности опухолей гениталий у девочек.
41. Апоплексия яичника. Первая помощь. Принципы терапии.
42. Перекрут ножки опухоли яичника. Первая помощь.
43. Пиосальпинкс и пиовар. Клиника, диагностика, мере прития первой медицинской помощи.
44. Профилактика заболеваний молочной железы.
45. Основные клинические проявления патологии молочной железы.
46. Гормональная регуляция процесса роста, развития и функционирования молочной железы.
47. Роль врача общей практики в диагностике и лечении мастопатии.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Воспалительные заболевания женской половой сферы:
 - а) в 60% случаев протекают в виде острого процесса;
 - б) чаще вызываются моновозбудителями;
 - в) не имеют патогенетических связей со стероидной контрацепцией;
 - г) не имеют отличий по частоте острых и хронических форм в различных возрастных группах.
2. Хроническое воспаление придатков матки:
 - а) при наличии tuboовариальных образований и протекающее с частыми обострениями является показанием к санаторно-курортному лечению;
 - б) может быть причиной нарушений менструальной функции;
 - в) может быть показанием для лапароскопии;
 - г) может быть показанием для гидротубаций;
 - д) является противопоказанием к внутриматочной контрацепции.
3. Среди воспалительных заболеваний женской половой сферы трансмиссивный путь заражения характерен:
 - а) для гонореи;
 - б) для трихомониаза;
 - в) для туберкулеза;
 - г) для хламидийной инфекции;
 - д) для микоплазменной инфекции.
4. Одним из характерных симптомов
 - а) стабилизации острого воспаления придатков матки является повышение СОЭ;
 - б) пельвиоперитонита является одностороннее притупление тона при перкуссии передневерхних остей крыльев подвздошных костей;
 - в) одностороннего воспаления придатков матки является уплощение бокового свода влагалища;
 - г) параметрита является резкая болезненность и уплощение заднего свода влагалища;
 - д) хронического эндоцервицита может быть псевдоэрозия шейки матки.
5. Пельвиоперитонит:
 - а) характерен для гонореи;
 - б) может быть следствием воспаления придатков;
 - в) проявляется положительным симптомом Гентера;
 - г) часто осложняется тромбофлебитом тазовых вен;
 - д) является показанием для лапаротомии.
6. В настоящее время характерными особенностями гонореи у женщин является:
 - а) рост субъективно асимптомных форм;
 - б) редкость симбиоза возбудителя с простейшими, вирусами, спирохетами;
 - в) внутриэпителиальное вегетирование возбудителя;

- г) возможность развития тяжелого клинического течения при поражении уретры и цервикального канала.
7. Гонорея у женщин:
- а) характеризуется развитием клинических симптомов через 2-3 суток после заражения;
 - б) характеризуется наличием обильных пенистых белей;
 - в) может быть причиной атрезии цервикального канала;
 - г) может быть причиной бартолинита;
 - д) обычно осложняется развитием параметрита.
8. Критерием излеченности гонореи у женщин является отсутствие гонококков в мазках, взятых:
- а) при контрольных обследованиях с использованием физиологической и комбинированной провокаций в течение 3 месяцев;
 - б) после трех ежемесячных алиментарных провокаций;
 - в) после трех серий ежемесячных физических провокаций;
 - г) после серии внутримышечных инъекций возрастающих доз гоновакцины;
 - д) после окончания курса лечения.
9. Туберкулез женской половой сферы:
- а) может проявляться аменореей;
 - б) может проявляться гиперполименореей;
 - в) может быть причиной бесплодия;
 - г) в 30-40% случаях носит первичный характер;
 - д) может быть заподозрен по характерным булавовидным расширениям в ампулярных отделах маточных труб на гистеросальпингограммах.
10. Забор материала для бактериоскопического исследования на гонококки должен осуществляться:
- а) из уретры, цервикального канала и прямой кишки ватным тупфером;
 - б) из заднего свода влагалища;
 - в) не менее чем через 2-3 дня после окончания антибактериальной терапии;
 - г) на 2-3-й день месячных;
 - д) у всех беременных женщин.
11. Диагноз гонореи может быть поставлен:
- а) при положительной реакции Борде – Жангу;
 - б) при обнаружении двустороннего воспаления маточных труб;
 - в) в случаях сочетанного воспаления уретры и цервикального канала;
 - г) в случаях обнаружения гонококков;
 - д) в случаях повышения температуры тела до 38°C в ответ на введение гоновакцины.
12. Особенностью гонореи у женщин является:
- а) высокая частота поражения влагалища;
 - б) наличие характерных слизисто-гнойных выделений из цервикального канала;
 - в) связь определенных этапов развития заболевания с менструальным циклом;
 - г) высокая частота поражения параметрия;
 - д) двустороннее поражение маточных труб.
13. Острое воспаление придатков матки гонорейной этиологии:
- а) обычно развивается в течение первой недели после заражения;
 - б) часто осложняется пельвиоперитонитом;
 - в) является показанием к оперативному лечению;
 - г) диагностируется с помощью гистеросальпингографии;
 - д) является показанием к назначению ампициллина в курсовой дозе 3,5г.
14. Туберкулез женской половой сферы:
- а) может проявляться гиперполименореей;
 - б) может быть диагностирован в результате гистологического исследования эндометрия;
 - в) в 20-30% случаев носит первичный характер;
 - г) чаще встречается в климактерическом периоде.
15. К восходящей гонорее относятся:
- а) бартолитит;
 - б) эндоцервицит;
 - в) эндометрит;
 - г) аднексит;

д) пельвиоперитонит.

16. В результате сбора анамнеза у пациентки 20 лет Вы предполагаете наличие острого воспаления придатков матки. В этой ситуации необходимо:
- а) взять мазки из уретры и цервикального канала;
 - б) взять мазки на цитологическое исследование;
 - в) произвести ультразвуковое исследование;
 - г) начать антибактериальное лечение.
17. В результате исследования бактериоскопических мазков Вы обнаружили наличие лейкоцитов, покрывающих все поля зрения и отсутствие флоры. В этой ситуации необходимо:
- а) назначить провокацию воспаления;
 - б) назначить рассасывающее противовоспалительное лечение;
 - в) начать антибактериальную терапию;
 - г) повторно взять мазки.
18. Распространению инфекции в женской половой сфере могут способствовать:
- а) сперматозоиды;
 - б) трихомонады;
 - в) внутриматочные контрацептивы;
 - г) аборты;
 - д) стероидные контрацептивы.
19. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное:
- а) нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов;
 - б) органической патологией половой сферы;
 - в) дисфункцией половых желез;
 - г) нарушением процессов гемокоагуляции;
 - д) нарушением регуляции в системе «гипоталамус-гипофиз».
20. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено:
- а) возрастными изменениями организма;
 - б) нервно-психическими факторами;
 - в) профессиональными вредностями;
 - г) аллергическими факторами;
 - д) изменением иммунологического статуса.
21. К дисфункциональным маточным кровотечениям в ювенильном периоде относят кровотечения:
- а) при заболеваниях крови;
 - б) при сердечно-сосудистой патологии;
 - в) при патологии щитовидной железы;
 - г) при заболеваниях надпочечников;
 - д) при нарушении становления цирхоральной продукции гонадотропного рилизинг-гормона.
22. К ановуляторным ациклическим кровотечениям относят:
- а) кратковременную ритмическую персистенцию фолликула;
 - б) атрезию фолликула;
 - в) длительную персистенцию фолликула;
 - г) персистенцию желтого тела;
 - д) недостаточность желтого тела.
23. Железистая гиперплазия эндометрия наблюдается:
- а) при дисфункциональных маточных кровотечениях в ювенильном возрасте;
 - б) при гормонопродуцирующих опухолях яичника;
 - в) при гипофункции яичников;
 - г) при персистенции желтого тела;
 - д) при дисфункциональных маточных кровотечениях в климактерическом периоде.
24. Для лечения недостаточности 1-й фазы менструального цикла используют:
- а) гестагены;
 - б) витаминотерапию;
 - в) эстрогены;
 - г) антиандрогены;

- д) стероидные контрацептивы.
25. Для лечения кровотечения при персистенции желтого тела применяют:
- а) выскабливание полости матки;
 - б) электростимуляцию шейки матки;
 - в) гестагены;
 - г) даназол;
 - д) парлодел.
26. Истинная патологическая аменорея:
- а) наиболее часто возникает как следствие поражения гипоталамических структур;
 - б) может быть следствием массивных кровопотерь в родах;
 - в) может быть осложнением послеродового сепсиса;
 - г) может развиваться при приеме препаратов фенотиазинового ряда;
 - д) встречается при длительной персистенции желтого тела.
27. Аменорея считается:
- а) первичной, если месячные и вторичные половые признаки отсутствуют в 15 лет;
 - б) центрального генеза при синдроме Ашермана;
 - в) ложной при заращении девственной плевы;
 - г) физиологической в постменопаузе;
 - д) ложной при синдроме Шерешевского – Тернера.
28. Аменорея может сопутствовать:
- а) похуданию;
 - б) ожирению;
 - в) шизофрении;
 - г) синдрому Иценко – Кушинга;
 - д) синдрому склерокистозных яичников.
29. Обследование по поводу аменореи включает:
- а) рентгенографию черепа;
 - б) электроэнцефалографию;
 - в) определение пролактина;
 - г) исследование цветных полей зрения, оценку остроты зрения;
 - д) ультразвуковое исследование малого таза и надпочечников.
30. У больной, 45 лет, имеются рецидивирующие кровотечения в течение одного года. Ей следует назначить:
- а) раздельное диагностическое выскабливание матки;
 - б) оперативное лечение;
 - в) гормональное лечение;
 - г) симптоматическое лечение.
31. Предменструальный синдром относят к легкой форме:
- а) при наличии 3-4 симптомов за 2-10 дней до менструации;
 - б) при значительной выраженности 1-2 симптомов;
 - в) при наличии 5-12 симптомов за 3-14 дней до менструации;
 - г) при значительной выраженности 2-5 симптомов.
32. Комплексная терапия больных с предменструальным синдромом включает:
- а) нейролептические средства;
 - б) диуретические средства;
 - в) витамины;
 - г) гормональные средства;
 - д) оперативное лечение.
33. При предменструальном синдроме целесообразно назначение:
- а) прогестерона 1 % - 1 мл за 8 дней до менструации в течение 6 дней;
 - б) прогестерона 2,5% - 1 мл за 3 дня до менструации;
 - в) эстрогенов по 5 000-10 000 ЕД - для женщин до 40 лет;
 - г) гестагенов в сочетании с андрогенами для женщин старше 40 лет.
34. Самопроизвольный аборт - это прерывание беременности:
- а) до 28 недель;
 - б) до 14 недель;

- в) до 20 недель;
г) до 30 недель.
35. Преждевременные роды - это роды в период:
а) от 28 до 38 недель;
б) от 26 до 36 недель;
в) от 28 до 34 недель;
г) от 30 до 40 недель.
36. Причинами угрожающего аборта могут быть:
а) нейроэндокринные расстройства;
б) генитальный инфантилизм;
в) последствия искусственного аборта;
г) иммунологическая несовместимость;
д) хромосомные и генные заболевания матери.
37. Симптомами угрожающего аборта могут быть:
а) схваткообразные боли;
б) обильное кровотечение;
в) мажущие темно-кровянистые выделения;
г) гнойные выделения;
д) пенистые выделения.
38. Причинами угрожающего аборта могут быть:
а) пороки развития плодного яйца и трофобласта;
б) неполноценность шейки матки и ее внутреннего зева;
в) поздние токсикозы беременности;
г) миома матки;
д) резус-несовместимость крови плода и матери.
39. При угрозе прерывания беременности диагностическое значение имеет определение:
а) содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты;
б) хорионического гонадотропина;
в) тестостерона;
г) 17-кетостероидов.
40. Для снижения тонуса и сократительной активности матки применяются:
а) папаверина гидрохлорид;
б) но-шпа;
в) сернокислая магнезия;
г) хлористый кальций;
д) физиотерапия.
41. В комплексное лечение привычного выкидыша включается:
а) иммунодепрессивная терапия;
б) десенсибилизирующая терапия;
в) синтетические прогестины - ригевидон с первых недель беременности;
г) токолитики.
42. При угрозе прерывания беременности нельзя использовать:
а) бета-миметики;
б) простагландины;
в) препараты кальция;
г) ингибиторы простагландинов.
43. Беременность нецелесообразно пролонгировать при начавшихся преждевременных родах в сроке (недель):
а) 32;
б) 34;
в) 30;
г) 28.

Ответы к тестовому контролю

1-В	11-г	21-д	31-а,б	41-а,б,г	51-А	61-а,в	71-а

2- Б,В,Г, Д	12- б,в,д	22-б,в	32- а,б,в,Г	42-б,в	52-в	62-а	72-б,д
3- а,б,Г,д	13-б	23- а,б,д	33- а,в,Г	43-б	53-г	63-б	73- а,в,Г,д
4-а,д	14-а,б	24-б,в	34-а	44-б,Г	54-б	64-а	74-а
5-а,б	15- в,Г,д	25-а	35-а	45-г	55-в	65- а,б,в	75-в
6-а,в	16-а	26- а,б,в,Г, д	36- а,б,в,Г, д	46-б	56-д	66- а,б,Г	76- а,б,в, д
7-г	17-а,Г	27- а,в,Г	37-а,в	47-а	57- а,б,в,Г	67-а	77- а,б,в,Г
8-а	18- а,б,в,Г, д	28- а,б,в,Г, д	38- а,б,в,Г, д	48-в	58-б	68- а,б,в	78-в,Г
9-а,б,в	19- а,в,д	29- а,б,в,Г, д	39- а,б,в,Г	49-в	59-б	69-б,д	
10-г,д	20- а,б,в,Г, д	30-а	40- а,б,в,д	50-в	60- а,в,Г	70-а,б	

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
2. Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьева Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой,

Раздел 7. Здоровье женщин

Тема 7.7. Климактерий и менопауза

Цель: приобретение знаний по общим вопросам менопаузы и показаний, противопоказаний для менопаузальной гормональной терапии.

Задачи:

1. Изучить вопросы менопаузы.
2. Сформировать навыки сбора анамнеза, оценки клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования у женщин перименопаузального периода.

Обучающийся должен знать: Что такое менопауза и климактерический синдром. Классификацию STRAW+ 10. Лабораторные и инструментальные исследования. Оценку степени тяжести климактерического синдрома. Дифференциальную диагностику. Лечение. Менопаузальную гормонотерапию (МГТ): принципы, показания, противопоказания, применяемые лекарственные средства, режимы применения. Пользу и риски МГТ. Контроль за проведением МГТ. Урогенитальные расстройства. Остеопороз. Преждевременную хирургическую менопаузу. Синдром преждевременной недостаточности функции яичников.

Обучающийся должен уметь: Оценивать классификацию STRAW+ 10. Оценивать лабораторные и инструментальные исследования. Оценивать степень тяжести менопаузальных нарушений. Проводить дифференциальную диагностику. Оценивать пользу и риски МГТ. Проводить контроль за МГТ.

Обучающийся должен владеть навыками: Оценивать классификацию STRAW+ 10. Оценивать лабораторные и инструментальные исследования. Оценивать степень тяжести менопаузальных нарушений. Проводить дифференциальную диагностику. Оценивать пользу и риски МГТ. Проводить контроль за МГТ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Классификация периодов жизни женщины (STRAW + 10).
2. Гормональные параметры различных периодов жизни женщины.
3. Классификация климактерического синдрома (синдрома дефицита половых стероидов).
4. Дифференциальный диагноз климактерического синдрома.
5. Алгоритм обследования женщин с климактерическим синдромом.
6. Оценка результатов обязательных методов исследования (УЗИ, маммография, онкоцитология, расширенная кольпоскопия, липидограмма, бальная оценка симптомов климактерического синдрома).
7. Оценка результатов дополнительных методов исследования (ФСГ, уровень эстрогенов, функция ЩЖ, денситометрия).
8. Принципы менопаузальной терапии.
9. Виды МГТ.
10. Показания для МГТ.
11. Противопоказания для МГТ.
12. Перечислите другие виды лечения климактерического синдрома.
13. Принципы профилактики климактерического синдрома.
14. Принципы диспансерного наблюдения за женщинами, принимающими заместительную гормональную терапию.
15. Осложнения заместительной гормональной терапии.
16. Что такое синдром преждевременной недостаточности яичников (СПНЯ).
17. Этиология СПНЯ.
18. Клиника и принципы терапии СПНЯ.
19. Понятие посткастрационного синдрома.
20. Диагностика и лечение посткастрационного синдрома.
21. Синдром резистентных яичников.

2. Практическая подготовка.

Отработка навыков (наружное и внутреннее акушерское исследование, осмотр шейки матки на зеркалах, бимануальное влагалищное исследование) на тренажерах.

Составить алгоритм обследования в менопаузе, алгоритм назначения менопаузальной

гормонотерапии. Подготовка клинического случая для демонстрации.

3. Решить ситуационные задачи.

Задача № 1.

1) Алгоритм разбора задач

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Этиология и патогенез данного заболевания. 3. С каким экстрагенитальным заболеванием у данной больной необходимо провести дифференциальную диагностику? 4. Возможно ли сочетание этих заболеваний? 5. План обследования?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациентка Н., 50 лет, обратилась к акушеру-гинекологу женской консультации с жалобами на приливы, повышенную потливость, раздражительность и нерегулярные менструации в последние 8 месяцев. От подруги узнала о гормональных препаратах, влияющих на ее симптомы, хотела бы получить совет врача. Акушерско-гинекологический анамнез: Роды – 1, без осложнений; аборт – 2, без осложнений, выкидыши – 0. Менструальная функция: менархе с 13 лет, по 5 дней, через 26-28 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. В последние 8 месяцев по 3-5 дней, через 28-45 дней, умеренные, безболезненные. ПМен – 33 дня назад. Половая жизнь с 19 лет. В браке. Контрацепцию отрицает. Перенесенные гинекологические заболевания: неспецифический вагинит. Хронические заболевания: хронический бронхит, аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз, медицинская компенсация (принимает L-тироксин 50). Перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 10 лет. ГТФ отрицает. Аллергические реакции отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Нормостенический тип. ИМТ – 24,3. АД – 125/80 мм рт.ст. ЧСС – 78/мин. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Молочные железы симметричные, при пальпации безболезненные, без опухолевых образований, отделяемого из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. PV: НПО развиты правильно. Шейка матки чистая, выделения слизистые умеренные. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются.

Вопросы: Ваш диагноз? Какой период климактерия у данной пациентки? Какой режим МГТ возможно назначить данной пациентке?

Ответ: Климактерический синдром. Период менопаузального перехода. Комбинированная терапия в циклическом режиме (в прерывистом циклическом (эстрадиол валерат/левоноргестрел) или непрерывном циклическом режиме (эстрадиол/дидрогестерон)).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1. Пациентка В., 67 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на сухость НПО, недержание мочи. Акушерско-гинекологический анамнез: Роды – 2, без осложнений; аборт – 5, без осложнений, выкидыши – 0. Менструальная функция: менархе с 12 лет, по 4 дня, через 27 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. Менопауза хирургическая 19 лет. Перенесенные гинекологические заболевания: множественная миома матки, рак яичников pT1cNxM0G2R0. Стадия IC. Хирургическое лечение (экстирпация матки с придатками, субтотальная резекция большого сальника). 6 курсов ПХТ. III клиническая группа. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, риск 3. ХСН I ФК I. Ожирение 2 степени. Принимает: ко-перинева по 1 таб 1 р/д, кардиомагнил по 1 таб 1 р/д. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Гиперстенический тип. ИМТ – 36,3. АД – 145/80 мм рт.ст. ЧСС – 70/мин. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Молочные железы симметричные, при пальпации безболезненные, без опухолевых образований, отделяемого из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Послеоперационный рубец без особенностей. PV: НПО развиты правильно. Влагалище заканчивается слепо. Культия влагалища состоятельна, без особенностей.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы обследования? Тактика?

Задача № 2. Пациентка Н., 39 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на приливы, повышенную потливость, головные боли. Акушерско-гинекологический анамнез: Роды – 3, без осложнений; аборт – 1, без осложнений, выкидыши – 0. Менструальная функция: менархе с 12 лет, по 7 дней, через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Хирургическая менопауза – 6 месяцев. Перенесенные гинекологические заболевания: неспецифический вагинит, множественная миома матки, аденомиоз, двусторонние эндометриозные кисты яичников (надвлагалищная ампутация матки с придатками). Хронические заболевания: хронический гастрит, вне обострения. Перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 17 лет, надвлагалищная ампутация матки с придатками. ГТФ

отрицает. Аллергические реакции отрицает. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Нормостенический тип. ИМТ – 21,3. АД – 115/70 мм рт.ст. ЧСС – 80/мин. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Молочные железы симметричные, при пальпации безболезненные, без опухолевых образований, отделяемого из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. Послеоперационный рубец без особенностей. РВ: НПО развиты правильно. Шейка матки чистая, выделения слизистые умеренные.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы обследования? Тактика?

Задача № 3. Пациентка Н., 35 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на отсутствие менструаций в течение 5 месяцев. Акушерско-гинекологический анамнез: Роды – 1, без осложнений; аборт – 0, без осложнений, выкидыши – 0. Менструальная функция: менархе с 15 лет, по 5 дней, через 28-30 дней, регулярные, безболезненные, умеренные. ПМ – 5 месяцев назад. Половая жизнь с 16 лет. В браке. Контрацепция: презервативы. Перенесенные гинекологические заболевания: отрицает. Хронические заболевания: хронический гастрит, ремиссия. Перенесенные операции: тонзиллэктомия в возрасте 12 лет. ГТФ отрицает. Аллергические реакции отрицает. Наследственность: у мамы – менопауза в возрасте 37 лет. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Нормостенический тип. ИМТ – 19,5. АД – 105/60 мм рт.ст. ЧСС – 64/мин. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Молочные железы симметричные, при пальпации безболезненные, без опухолевых образований, отделяемого из сосков нет. Живот мягкий, безболезненный. РВ: НПО развиты правильно. Шейка матки чистая, выделения слизистые умеренные. Тело матки нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы обследования? Тактика?

4. Задания для групповой работы

Работа в малых группах под контролем преподавателя: Интерпретировать данные бактериоскопического метода исследования при различных патологических процессах нижнего отдела генитального тракта. Провести дифференциальный диагноз, Интерпретация результатов лабораторных исследований, функциональных проб, интерпретация результатов визуализирующих исследований, решение ситуационных задач.

4. 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 рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Классификация периодов жизни женщины (STRAW + 10).
2. Гормональные параметры различных периодов жизни женщины.
3. Понятие переходного периода.
4. Классификация климактерического синдрома (синдрома дефицита половых стероидов).
5. Ранние, средневременные и поздние симптомы климактерического синдрома.
6. Дифференциальный диагноз климактерического синдрома.
7. Алгоритм обследования женщин с климактерическим синдромом.
8. Перечислите исследования перед назначением заместительной гормональной терапии.
9. Оценка результатов анамнеза.
10. Оценка результатов обязательных методов исследования (УЗИ, маммография, онкоцитология, расширенная кольпоскопия, липидограмма, бальная оценка симптомов климактерического синдрома).
11. Оценка результатов дополнительных методов исследования (ФСГ, уровень эстрогенов, функция ЩЖ, денситометрия).
12. Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования для выявления факторов риска или латентно протекающих заболеваний.
13. Принципы менопаузальной терапии.
14. Цели менопаузальной гормональной терапии (МГТ).
15. Виды МГТ.
16. Показания для МГТ.
17. Противопоказания для МГТ.
18. Противопоказания для назначения эстрогенов.
19. Противопоказания для назначения прогестагенов.

20. Перечислите другие виды лечения климактерического синдрома.
21. Принципы профилактики климактерического синдрома.
22. Принципы диспансерного наблюдения за женщинами, принимающими заместительную гормональную терапию.
23. Осложнения заместительной гормональной терапии.
24. Диагностика остеопении и остеопороза
25. Методы лечения остеопороза.
26. Классификация и виды препаратов для лечения остеопороза.
27. Возможные осложнения при лечении остеопороза
28. Что такое синдром преждевременной недостаточности яичников (СПНЯ).
29. Этиология СПНЯ.
30. Клиника и принципы терапии СПНЯ.
31. Понятие посткастрационного синдрома.
32. Диагностика и лечение посткастрационного синдрома.
33. Синдром резистентных яичников.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. При наступлении менопаузы до какого возраста ее можно считать преждевременной?

- А) до 40 лет
- Б) до 45 лет
- В) до 50 лет
- Г) до 55 лет

2. Какие из перечисленных ниже проявлений климактерического синдрома являются поздними и возникают при длительном дефиците половых гормонов? (3 правильных ответа)

- А) остеопороз
- Б) приливы
- В) атрофический вульвовагинит
- Г) повышение общего холестерина
- Д) головные боли
- Е) раздражительность

3. Какой режим МГТ следует назначить пациентке после гистерэктомии по поводу эндометриоза?

- А) Трансдермальный путь введения эстрогенов
- Б) Комбинированная терапия (эстрадиол, идентичный натуральному + прогестаген)
- В) Прогестаген (дидрогестерон или микронизированный прогестерон)
- Г) Вагинальный гель с эстриолом

4. Какие противопоказания к назначению МГТ? (2 правильных ответа)

- А) Аутоиммунный тиреоидит
- Б) Рак молочной железы
- В Псориаз
- Г) Кровотечение из половых путей неясного генеза

5. Какой КОК для контрацепции лучше назначить женщине в возрасте 45 лет без явной сопутствующей патологии?

- А) Джес +
- Б) Регулон
- В) Линдинет 20
- Г) Клайра

6. Что из нижеперечисленного не является показанием для назначения менопаузальной гормональной терапии:

- А. Вазомоторные симптомы с нарушением сна, изменением настроения
- Б. Преждевременная и ранняя менопауза
- В. Профилактика рака эндометрия
- Г. Низкое качество жизни, связанное с климактерием
- Д. Профилактика и лечение остеопороза

7. Какая доза 17β-эстрадиола в препаратах для МГТ считается стандартной:

- А. 2 мг/сутки

- Б. 1 мг/сутки
- В. 0,5 мг/сутки
- Г. 30 мкг/сутки
- Д. 20 мкг/сутки

8. Уровень какого гормона не снижается в постменопаузе:

- А. Тестостерон
- Б. Эстрадиол
- В. Прогестерон
- Г. ФСГ*
- Д. Антимюллеров гормон

9. Какое из нижеперечисленных исследований не является обязательным при назначении менопаузальной гормональной терапии:

- А. Онкоцитологическое исследование – PAP-тест
- Б. Маммография
- В. Денситометрия*
- Г. УЗИ органов малого таза
- Д. Биохимическое исследование крови (глюкоза, липидограмма)

10. Какой из нижеперечисленных режимов не применяется в качестве менопаузальной гормональной терапии:

- А. Монотерапия эстрогенами в непрерывном режиме
 - Б. Монотерапия гестагенами
 - В. Монотерапия антигестагенами*
 - Г. Комбинированная (эстрогены+гестагены) в циклическом режиме
 - Д. Комбинированная (эстрогены+гестагены) в непрерывном режиме
- Эталоны ответов: 1. А 2. А,В,Г 3. Б 4. Б,Г 5.Г 6.В 7.А 8.Г 9.В 10.В

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание

под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

13) Менопаузальная гормональная терапия. В помощь терапевту и врачу общей практики : руководство// Мадянов И. В.Т. С. Мадянова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - (Библиотека врача-специалиста) URL:<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453513.html>. - Режим доступа: по подписке ЭБС Консультант врача. - Текст : электронный.

Раздел 8. «Здоровье детей»

Тема 8.1 Наблюдение за здоровым ребенком по годам

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи здоровому ребенку

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Наблюдение за здоровым ребенком по годам» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- изучить вопросы нормальной физиологии растущего организма и особенности психо-социального развития детей и подростков;
- сформировать умение проводить полное клиническое обследование, комплексную оценку состояния здоровья детей в условиях общей врачебной практики;
- рассмотреть особенности проведения профилактических мероприятий в отношении состояний/заболеваний, наиболее часто встречающихся у детей и подростков;
- сформировать навык организации и ведения детей и подростков в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Наблюдение за здоровым ребенком по годам» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; вопросы нормальной физиологии растущего организма и особенности психо-социального развития детей и подростков; особенности проведения профилактических мероприятий в отношении состояний/заболеваний, характеристики групп здоровья детей; наиболее часто встречающихся у детей и подростков; организации и ведения детей и подростков в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен уметь:

Проводить полное клиническое обследование, комплексную оценку состояния здоровья детей в условиях общей врачебной практики; устанавливать группы здоровья детей; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой полного клинического обследования, методикой комплексной оценки состояния здоровья детей в условиях общей врачебной практики; способом определения групп здоровья детей; методиками организации маршрута пациента, методикой организации и ведения здоровых детей и подростков в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики; методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Рассмотреть особенности нормальной психофизиологии детей.
2. Обучение проведению полного клинического обследования, комплексной оценки состояния здоровья детей в условиях ОВП.
3. Рассмотреть основные профилактические мероприятия состояний/заболеваний наиболее часто встречающиеся у детей, включая иммунизацию.
5. Знать особенности психо-социального развития детей и основные факторы, влияющие на их поведение.
6. Обучить устанавливать эффективные взаимоотношения с детьми и их родителями в условиях ОВП.
7. Обучить организовать помощь детям наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов.

2. Практическая подготовка.

1. Научиться пользоваться алгоритмом определения групп здоровья детей.
2. Закрепить умение изобразить генеалогическое дерево (выполнение ситуационного задания).
3. Техника антропометрии у детей (использование детского манекена).
4. Оценка осанки.
5. Определение точного возраста ребёнка.
6. Разбор центильного метода определения ФР. Отработка практического навыка оценки ФР с использованием ситуационных задач по ФР.
7. Закрепить умение оценки НР с использованием стандартов по Максимовой (выполнение ситуационных заданий).
8. Отработка практического навыка определения групп НР у детей раннего возраста с последующими рекомендациями (решение ситуационных задач).
9. Проведение комплексной оценки состояния здоровья детей на примере разбора клинических ситуационных задач.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Оценка анамнеза.
2. Оценка ФР.
3. Оценка НР.
4. Оценка резистентности.
5. Оценка функционального состояния организма (по данным объективного осмотра).
6. Наличие или отсутствие ВПР и хронических заболеваний.
7. Общее заключение по комплексной оценке.
8. Лечение и рекомендации.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мальчик 3 месяца.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 4400 г.

Длина тела = 52 см.

Окружность груди = 32 см.

Мама обратилась к семейному врачу с жалобами на плохую прибавку в массе тела, беспокойство ребёнка – особенно в период пеленания, плаксивость, плохой сон, вздрагивания во сне, повышенную потливость – особенно во время сна и сосания, в последнее время на подушке стала обнаруживать мокрое пятно, пот имеет кислый запах.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Мальчик от первой беременности (поздний токсикоз), беременность протекала в осенне–зимний период (антенатальная профилактика рахита не проводилась), ребёнок родился недоношенным с массой 2500 г. С рождения до 2-х месяцев находился на естественном вскармливании. С 2-х месяцев переведён на смешанное питание (получает смесь “Нан 1”). Количество докорма в суточном рационе 1/2. В 2 месяца переболел ОРЗ.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы бледные, влажные. При осмотре головы: облысение затылка, большой родничок размером 3х3см, при пальпации роднички и швы пружинят под пальцами, затылок

плоско – скошенной формы. При пальпации грудной клетки выявляются рахитические чётки. Мышечный тонус снижен. Во время осмотра мальчик несколько заторможен, малоактивен, снижен эмоциональный тонус. Фиксирует взгляд на яркие предметы, поворачивает голову на громкий звук, улыбается близким, хорошо держит голову. Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью. Произносит отдельные звуки.

Задание: дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Пример ответа:

1. Оценка анамнеза.

Факторы риска по развитию заболевания:

- 1) беременность в осенне–зимний период;
- 2) не было антенатальной профилактики рахита;
- 3) поздний токсикоз;
- 4) недоношенность.

Заключение по анамнезу: выраженная отягощённость биологического анамнеза.

Группа риска по заболеваниям – III.

Группа риска по прививкам – III (недостаточная прибавка массы тела).

2. Оценка ФР.

Масса – 1 кор. (4400 г) – обл. очень низких величин.

Длина – 1 кор. (52 см) – обл. очень низких величин.

Окружность груди – 1 кор. (32 см) – область очень низких величин.

Заключение по ФР: микросоматотип, развитие гармоничное.

3. Оценка НПР.

Аз 3 мес.

Ас 3 мес.

Э 2 мес.

До 3 мес.

Др 3 мес.

Ра 3 мес.

Заключение по НПР: II группа, I степень, гармоничная задержка.

4. Оценка резистентности.

Горз = 0,33.

Заключение: резистентность организма снижена.

5. Оценка функционального состояния организма (по данным объективного осмотра).

Заключение: функциональное состояние организма ухудшенное.

6. Наличие или отсутствие ВПР и хронических заболеваний.

Заключение: ВПР нет

7. Общее заключение по комплексной оценке: Рахит. Период разгара. II степень тяжести. Острое течение. Гипотрофия I степени. Гр. риска по заболеваниям III. Гр. риска по прививкам III. Микросоматотип, развитие гармоничное. НПР: II группа, I степень. Резистентность снижена. Гр. здоровья IIБ.

8. Лечение и рекомендации.

- 1) Режим № 2.

2) Борьба за естественное вскармливание (с дальнейшим своевременным введением прикормов). Смешанное вскармливание. Количество докорма в суточном рационе 1/2. 6-разовое питание, суточный объём питания = 730 мл, объём разовый = 120 мл (60 мл грудного молока + 60 мл смеси “Нан 1”).

Часы кормления: 6.00, 9.30, 13.00, 16.30, 20.00, 23.30.

Лечение гипогалактии у мамы:

- 1) чаще прикладывать ребёнка к груди;
- 2) никотиновая кислота (за 30 минут до еды) 0,05×3 раза в день.
- 3) после кормления обмывание молочных желёз и массаж 10 минут 2 раза в день.
- 4) за 15 – 30 минут до кормления чай с молоком;
- 5) продукты: гречка, грецкие орехи, икра, настой шиповника.

- 3) Медикаментозная коррекция:

1) Вигантол: по 5-6 капель в день в течение 30 дней. Затем по 1-2 капли в день ежедневно.

2) Цитратная смесь: по 1 чайной ложке в течение 10 дней.

- 3) Кальцид: по 1т. х 3 раза в день в течение 3-4 недель.
4) Элькар: по 14 капель 1 раз в сутки в течение 1 мес.
5) Витамин В₁ и В₂ по 0,001 × 2 раза в день в течение 2 недель.

4) Кратность осмотра педиатром и узкими специалистами:

Педиатр – 1 раз в месяц, в стадии разгара 1 раз в 2 недели.

Хирург, ортопед и другие специалисты по показаниям.

При осмотре обратить внимание:

- деформация костной системы;
- контроль ФР и НПР;
- состояние статики и моторики;
- сон и аппетит;
- разнообразие пищевого рациона;
- достаточное пребывание на свежем воздухе.

5) Контрольно-диагностические исследования:

ОАК 1 раз в 6 мес.; проба Сулковича на фоне лечения каждые 2 нед.; биохимия крови 1 раз в 6 мес. (Са, Р, ЩФ).

6) Физическое воздействие: гимнастический комплекс упражнений №9.

7) Воспитательное воздействие: чаще выкладывать ребёнка на живот на более длительное время; учить захватывать руками игрушку, низко висящую над грудью ребёнка.

8) Отношение к профпрививкам: профилактические прививки не противопоказаны, прививать с подготовкой с учётом гр. риска по прививкам III.

9) Длительность наблюдения: до 3-х лет.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Девочка 7 месяцев.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 6,8 кг.

Длина тела = 67 см.

Окружность грудной клетки = 45 см.

Мама обратилась к семейному врачу с жалобами ребёнка на раздражительность, плаксивость, иногда приводящие к отказу от пищи, прерывистый, беспокойный сон, повышенную потливость, облысение затылка, искривление конечностей, данные жалобы с 3-х месяцев.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Девочка от второй беременности (ранний токсикоз, во второй половине беременности перенесла пиелонефрит, у мамы диагноз: хронический гепатит. Антенатальная профилактика рахита не проводилась. Девочка родилась с массой 3 кг. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы бледные, влажные. При осмотре: увеличены лобные бугры, формируется плоско скошенный затылок.

При пальпации костей черепа выявляется остеомалация, большой родничок размером 2 * 3 см.

При осмотре лицевого скелета: задержка в прорезывании зубов. Со стороны грудной клетки выявлены рахитические чётки, грудь “сапожника”.

При осмотре верхних конечностей: пальпируются “браслеты” и “нити жемчуга”.

На нижних конечностях кольцеобразное искривление голени. Тонус мышц сильно снижен. В период осмотра девочка беспокойна, эмоционально лабильна. Переворачивается со спины на живот, сидит с поддержкой. Удерживает в руке игрушку. Лепечет. На вопрос “где?” ищет и находит взглядом предмет, постоянно находящийся в определённом месте. Пьёт из чашки, которую держит взрослый.

Контрольные вопросы

1. Дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Задача 2

Мальчик 2 месяца.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 4600 г.

Длина тела = 57 см.

Окружность груди = 35 см.

Мама обратилась к участковому педиатру с жалобами на вялость ребёнка, адинамию, плаксивость, судорожные подёргивания, периодически срыгивания.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Ребёнок от 5-й беременности, 1-х родов. Возраст матери 38 лет. Работает на химическом заводе. Оперативные роды (кесарево сечение) вследствие патологии родовых путей (сужение таза). Ребёнок находится на естественном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: При осмотре ребёнок умеренного питания, кожные покровы чистые, умеренно влажные, на нижних конечностях выражен венозный рисунок. Тонус мышц снижен. Имеется тремор подбородка и кистей рук. Большой родничок размером 2 * 3 см. Положительны рефлексы Бабинского, Хоботковой, сосательный, поисковый, Бабкина, хватательный. При проверке рефлекса автоматической походки наблюдается перекрест нижних конечностей.

При осмотре мальчик вялый, заторможен, не улыбается. Поворачивает голову на громкий звук. Фиксирует взгляд на свет. Голову держит плохо.

Контрольные вопросы

1. Дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Задача 3

Девочка 4,5 мес.

АНТРОПОМЕТРИЯ:

Масса = 6200 г.

Длина тела = 60 см.

Окружность груди = 38 см.

Мама обратилась к семейному врачу с жалобой на покраснение кожи щёк у ребёнка после дачи морковного сока, появление опрелостей особенно в кожных складках и за ушами.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Девочка от второй беременности, вторых родов. Со слов мамы в семье у папы аллергия на мёд, красные овощи и фрукты. Мама в период беременности имела погрешности в питании (употребляла излишнее количество мучного и сладкого, а также красные овощи и фрукты) Находится на естественном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: Девочка умеренного питания, при осмотре активна. Кожные покровы бледно – розовые, имеются опрелости и потница, особенно выражена в кожных складках и за ушами. В области большого родничка и темени имеются гнойные корочки, на коже покраснение.

При осмотре девочка смеётся, отличает близких и чужих. Улыбается, когда к ней обращаются с речью. Хорошо переворачивается со спины на живот. Гулит. Поворачивает голову в сторону источника звука. Рассматривает, захватывает игрушку над ней.

Контрольные вопросы

1. Дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации.

Задача 4

Девочке 6 лет с неотягощенным биологическим, акушерским и социальным анамнезом 8 дней назад сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребенком посетили цирк. На следующий день – температура поднялась до 37,6°C. появился кашель и заложенность носа. Семейный врач диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4 день девочка выписана в детский сад.

На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до 38,5°C, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь.

При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов до 1,5 – 2 см. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, край эластичный, безболезненный. Стул 1 раз в день.

Контрольные вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Оцените течение поствакцинального периода.

3. Есть ли необходимость подавать экстренное извещение в СЭС?
4. Нуждается ли ребенок в дополнительном обследовании?
5. Назначьте лечение.
6. Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести после выписки ребенка?
7. Перечислите возможные осложнения, возникающие после введения коревой вакцины?
8. Через какой срок после проведения вакцинации против кори можно водить другие вакцины?
9. Какие другие виды вакцин можно вводить ребенку одновременно с коревой?
10. Показана ли данному ребенку госпитализация?

Задача 5

Первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дородовой патронаж не проводился, так как мама проживала по другому адресу.

Мальчику 8 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией средней степени тяжести. Беременность (первая) протекала с токсикозом 1 и 2 половины, нефропатия во 2-й половине. Из обменной карты № 113 известно, что ребенок от срочных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар – 5/8 баллов, масса при рождении – 3690 г, длина – 52 см. Иктеричность кожи на вторые сутки после рождения.

Группа крови матери и ребенка O(1), Rh +, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой – 280 мкмоль/л, прямой – 3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса – отрицательная.

В роддоме проводилось лечение магнием в/м, фенobarбиталом, бифидумбактерином, но-шпой, оксигенотерапией. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докармливался Энфамилом. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 350 г.

Жалобы на недостаток молока, докармливает Энфамилом. При осмотре: ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые чистые. Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5х3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1х1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно – звук ясный легочный, тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,5 см, край эластичный, селезенка – у края реберной дуги. Стул разжиженный, 4 раза в сутки с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

Контрольные вопросы

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Определите группу здоровья, группы риска по развитию заболеваний, группу риска по прививкам.
- 3) Определите тип адаптации.
- 4) Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина в период новорожденности?
- 5) Каково происхождение желтухи в данном случае, дайте механизмы ее развития.
- 6) Имело ли смысл проводить фототерапию данному ребенку в роддоме? Какие показания к фототерапии Вы знаете?
- 7) Обозначьте показания определения билирубина в сыворотке крови в роддоме.
- 8) Составьте план диспансерного наблюдения за ребенком на участке, дайте советы маме.
- 9) Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок ребенку.

Задача 6

Мать с мальчиком 5-и месяцев пришла на очередной профилактический приём к семейному врачу для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, Длиной – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем смесь “Агу”. Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина Д₂ с 2-х месяцев в течение 1,5-а месяцев нерегулярно. В 3-и месяца сделана 1 прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалась. В 4-е месяца на приём к врачу не явилась.

В течение последних 2-х месяцев мать обращает внимание на то, что ребёнок стал сильно потеть,

вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются рёберные “четки”. Большой родничок 4*4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту. Живот большой, распластанный, безболезненный. Печень + 2,5 см, селезёнка + 0,5 см. Стул кашицеобразный, 2 – 3 раза в день.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Оцените физическое развитие ребёнка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Повышенная экскреция каких веществ с мочой типичны при данном заболевании?
7. Каков фосфорно – кальциевый обмен в норме и при данном заболевании?
8. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
9. Какие дефекты ведения ребёнка имели место?
10. Можно ли проводить вакцинацию?
11. Что такое реакция Сулковича? Кратность её проведения при специфической профилактике и лечении данного заболевания.
12. Назначьте лечение. Выпишите рецепт.

Задача 7

Мать с ребёнком пришла к семейному врачу на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приёме были в месячном возрасте. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится.

Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32-х недель перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4600 г, длина 57 см, окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела 36,8°C. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно – жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание – пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом.

При осмотре: ребёнок спокоен, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

Контрольные вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу здоровья и направленность риска.
3. Критерии диагностики данной патологии.
4. Причины возникновения данного состояния.
5. Вычислите индекс Эрисмана, долженствующую массу тела.
6. Какие исследования необходимо провести ребёнку?
7. Соответствует ли психомоторное развитие возрасту ребёнка?
8. Назначьте лечение.
9. План профилактических мероприятий.
10. Какие врачи – специалисты должны осмотреть ребёнка?
11. Сформулируйте прогноз состояния здоровья ребёнка при отсутствии своевременной коррекции

патологии.

12. Оцените возможность проведения профилактических прививок в установленные сроки.

Задача 8

К семейному врачу на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой 6-и месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина – 53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Энфамил» 220 мл на приём, каша 180 – 200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3-х, 4-х, 5-и месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5-а месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела 9400 г, длина – 67 см, окружность грудной клетки – 48 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит, берёт игрушку из рук взрослого, хорошо ест с ложки. Кожа и слизистые чистые. Питание повышено, отмечается пастозность и снижение тургора тканей. Большой родничок 1х1 см, не напряжён. Зубов нет. Со стороны опорно – двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пузырьное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2 – 3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

Контрольные вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие группы риска следует выделить у данного ребёнка?
3. Определите группу здоровья ребёнка, дайте обоснование.
4. Оцените физическое и нервно-психическое развитие ребёнка.
5. Вычислите индекс Эрисмана.
6. Причины развития данной патологии у детей.
7. Составьте рацион питания данному ребёнку.
8. Составьте план диспансерного наблюдения за ребёнком.
9. Нужно ли проводить профилактику рахита витамином Д?
10. Когда планируется следующая вакцинация?
11. Особенности функциональной активности нейроэндокринной системы у детей с данной патологией.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Критерии оценки состояния здоровья детей.
2. Физическое и нервно-психическое развитие детей.
3. Питание детей первого года жизни.
4. Оценка полового развития детей и подростков.
5. Стигмы дизэмбриогенеза.
6. Оценка резистентности организма.
7. Группы здоровья, группы риска
8. Иммунопрофилактика. Календарь профилактических прививок.
9. Наблюдение ребенка в периоде новорожденности. Группы здоровья. Заболевания неонатального периода.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)*

1. Уровень резистентности организма ребенка определяется:

- А) кратностью острых заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;
- Б) кратностью острых респираторных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года жизни, предшествующего осмотру;
- В) тяжестью острых заболеваний;
- Г) длительностью и тяжестью заболеваний;
- Д) числом обострений хронических заболеваний.

2. Ребенка в возрасте 2-х лет можно считать часто болеющим, если:

- А) острые заболевания в течение второго года жизни отмечались 7 раз;
- Б) обострения бронхиальной астмы наблюдались два раза в год и острые заболевания также два раза в год;
- В) на фоне рахита в стадии реконвалесценции отмечались острые заболевания три раза в течение 2-го года жизни;
- Г) у него имеется хронический отит с обострениями 3 раза в год;
- Д) острые респираторные заболевания отмечались 6 раз.

3. Специальные занятия гимнастикой и массаж здоровому ребенку необходимо проводить с:

- А) с рождения;
- Б) не нужны;
- В) с полутора месяцев;
- Г) с 2-х месяцев;
- Д) с 6 месяцев.

4. Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание средней тяжести можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через:

- А) 2 недели;
- Б) 1 месяц;
- В) 2 месяца;
- Г) 3 месяца;
- Д) 3,5 месяца.

5. Профилактические прививки после перенесенной инфекции мочевыводящих путей можно проводить при клинико-лабораторной нормализации через:

- А) 1 месяц;
- Б) 3 месяца;
- В) 6 месяцев;
- Г) 12 месяцев;
- Д) 18 месяцев.

6. Здоровый ребенок начинает поворачиваться со спины на живот и сидеть при поддержке за руку в возрасте:

- А) 4 -5 месяцев;

- Б) 6 -7 месяцев;
 - В) 3 -4 месяцев;
 - Г) 5 -6 месяцев;
 - Д) 8-9 месяцев.
7. Потребность плода в железе значительно возрастает:
- А) с 12 недель;
 - Б) с 20 недель;
 - В) с 28 недель;
 - Г) с 36 недель;
 - Д) остается равномерной в течение всего периода беременности.
8. Первый «перекрест в формуле крови» у недоношенных детей происходит:
- А) на 4-й день жизни;
 - Б) на 5-й день жизни;
 - В) на 6-й день жизни;
 - Г) после 7-10 дня жизни;
 - Д) на 21 день жизни.
9. Пупочная ранка в норме полностью эпителизируется:
- А) к концу 1-й недели жизни;
 - Б) к концу 2-й недели жизни;
 - В) к концу 1-го месяца жизни;
 - Г) на 2-м месяце жизни;
 - Д) на 3 месяце жизни.
10. В углеводах грудного молока преобладает сахар:
- А) сахароза;
 - Б) мальтоза;
 - В) бета-лактоза;
 - Г) галактоза;
 - Д) глюкоза.
11. Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании способствуют:
- А) короткий пищевод;
 - Б) недостаточное развитие кардиального отдела желудка;
 - В) относительный гипертонус пилорического отдела желудка;
 - Г) все перечисленные;
 - Д) физиологический дефицит ферментов.
12. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ-М в месте инъекции может появиться папула через:
- А) 1 неделю;
 - Б) 2-3 недели;
 - В) 4-6 недель;
 - Г) 2-3 месяца;
 - Д) 4-6 месяцев.
13. В зрелом женском молоке, по сравнению с молозивом выше содержание:
- А) белка;
 - Б) витаминов А и Е;
 - В) иммуноглобулина А;
 - Г) лактозы;
 - Д) галактозы.
14. Основная причина физиологической желтухи новорожденного:
- А) гемолиз;
 - Б) недостаточная глюкуронизация;
 - В) сгущение крови;
 - Г) холестаз;
 - Д) гипогликемия.
15. Ретролентальная фиброплазия недоношенных является следствием:
- А) охлаждение;

- Б) недостаточного питания;
 - В) чрезмерной кислородотерапии;
 - Г) гипоксии;
 - Д) гипогликемии.
16. Гипербилирубинемия, не обусловленная иммунопатологическими причинами, чаще встречается:
- А) у зрелого новорожденного;
 - Б) недоношенного;
 - В) новорожденного с асфиксией;
 - Г) с пороком сердца;
 - Д) у переносимого ребенка.
17. Гипотрофия 1 ст. принято считать дефицит массы:
- А) до 3%;
 - Б) от 10 до 20%;
 - В) от 30 до 40%;
 - Г) от 40 до 50%;
 - Д) более 40%.
18. Развитию рахита при длительном применении способствует:
- А) фенобарбитал;
 - Б) папаверин;
 - В) пиридоксаль фосфат;
 - Г) пенициллин;
 - Д) глицин.
19. Витамин Д:
- А) увеличивает продукцию паратгормона;
 - Б) способствует всасыванию Са из желудочно-кишечного тракта;
 - В) блокирует канальцевую реабсорбцию Са;
 - Г) повышает уровень щелочной фосфатазы в крови;
 - Д) на указанные биологические эффекты витамин Д не влияет.
20. Для непереносимости фруктозы верны перечисленные положения, кроме:
- А) заболевание связано с дефектом энзима печени;
 - Б) сопровождается гипергликемией;
 - В) введение фруктозы вызывает быстрое ухудшение состояния;
 - Г) больной отстаёт в психомоторном развитии;
 - Д) лечебный эффект от применения лечебных смесей, не содержащих фруктозу.
21. Развитию кариеса зубов способствует избыток в диете пищевых компонентов, содержащих много:
- А) кальция;
 - Б) сахара;
 - В) жидкости;
 - Г) поваренной соли;
 - Д) жиров.
22. Подвижность зубов, кровоточивость десен (пародонтальный синдром) могут быть при:
- А) нейтропении;
 - Б) респираторно-вирусном заболевании;
 - В) нефрите;
 - Г) "коллагенозах";
 - Д) системных заболеваниях соединительной ткани.
23. Вакцинация БЦЖ противопоказана:
- А) при врожденных ферментопатиях;
 - Б) при иммунодефицитных состояниях;
 - В) при наличии активного туберкулеза у других детей в семье;
 - Г) во всех указанных случаях;
 - Д) при агаммаглобулинемии Bruton.

Укажите все правильные ответы:

24. Профилактическая направленность при первом патронаже к новорождённому ребёнку заключается в:

- а) оценке биологического, генеалогического и социального анамнеза
- б) оценке физиологического и нервно-психического развития и групп “риска”
- в) оценке соматического состояния ребёнка и определении группы здоровья
- г) составление плана наблюдения и рекомендаций
- д) в назначении витамина D₃

25. При первом патронаже к новорождённому ребёнку семейный врач из обменной карты родильного дома (Ф – 113/у) получает сведения о проведении следующих профилактических прививок:

- а) против туберкулёза
- б) против гепатита В
- в) против полиомиелита
- г) против коклюша
- д) против краснухи

26. Какие скрининг-методы применяются для диагностики нарушений осанки и сколиоза:

- а) муаровая фотограмметрия
- б) визуальный скрининг-тест
- в) рентгенография позвоночника
- г) осанкометрия
- д) метод Штреттера

27. После перенесённого сепсиса новорождённый ребёнок нуждается в диспансерном наблюдении:

- а) после выписки из стационара – еженедельно
- б) до 6 месяцев – 1 раз в месяц
- в) анализ крови – в 1, 2, 6, 12 месяцев
- г) анализ мочи – в 3, 12 месяцев
- д) длительность наблюдения – до 1 года

Укажите один правильный ответ:

28. Детям с риском возникновения гнойно-воспалительных заболеваний и внутриутробных инфекций профилактические прививки при отсутствии признаков заболевания:

- а) показаны
- б) не показаны

29. Критерием снятия с диспансерного учёта детей группы риска по развитию анемии является:

- а) отсутствие снижения гемоглобина в течение 3 месяцев
- б) отсутствие снижения гемоглобина в течение 6 месяцев
- в) нормальный уровень гемоглобина в течение 1 года

Укажите один правильный ответ:

30. Назовите эпикризные сроки для детей 1-го года жизни:

- а) интервал времени, который находится в пределах ± 15 дней от возраста, принятого за норму
- б) интервал времени, который находится в пределах ± 3 месяца от возраста, принятого за норму
- в) интервал времени, который находится в пределах ± 6 месяцев от возраста, принятого за норму

Укажите все правильные ответы:

31. Назовите сроки составления плана проведения профилактических прививок в поликлинике:

- а) на месяц
- б) на 6 месяцев
- в) на год

32. Назовите методы реабилитации, применяемые у детей – реконвалесцентов острого бронхита и пневмонии, с целью улучшения дренажной функции бронхов:

- а) вибрационный массаж
- б) дыхательная гимнастика
- в) лечебная физкультура
- г) галотерапия
- д) интервальная гипокситерапия

Укажите один правильный ответ:

33. Укажите сроки диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими ревматизм и другие

заболевания соединительной ткани, при стойкой ремиссии и отсутствии поражений сердца:

- а) 1 год
- б) 2 года
- в) 3 года
- г) 5 лет
- д) 10 лет

34. Назовите сроки проведения профилактических прививок после проведения туберкулинодиагностики (постановки реакции Манту):

- а) через 1,5 месяца
- б) через 24 часа
- в) через 72 часа

35. Длительность диспансерного наблюдения за детьми с артериальной гипертонией составляет:

- а) 1 месяц
- б) 1 год;
- в) 3 года
- г) 5 лет

36. Частота плановых осмотров семейным врачом больных детей бронхиальной астмой в течение года составляет:

- а) 1 раз в год
- б) 2 раза в год
- в) 4 раза в год
- г) 6 раз в год
- д) 1 раз в месяц

37. Назовите сроки диспансерного наблюдения за детьми с функциональными изменениями сердечно-сосудистой системы:

- а) 6 месяцев
- б) 1 года
- в) 3 года
- г) 5 лет

д) до передачи под наблюдение терапевта

38. Здоровому ребёнку в возрасте 12 месяцев проводятся следующие профилактические прививки:

- а) вакцинация против туберкулёза
- б) 4-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
- в) вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
- г) вакцинация против гепатита С

39. Проведение профилактических прививок детям, перенесшим острый пиелонефрит, возможно:

- а) через 2 – 3 месяца
- б) через 1 год
- в) через 1,5 года
- г) через 2 года

Укажите все правильные ответы:

40. При диспансеризации врождённые почечные заболевания выявляются:

- а) во время интеркуррентного заболевания
- б) через 1 – 2 недельный промежуток времени после вирусной или бактериальной инфекции
- в) случайно (при диспансеризации)
- г) после острого токсического воздействия
- д) как следствие гипervитаминоза D

41. При подозрении на синдром вегетативной дистонии, рекомендуется провести ребёнку следующие обследования:

- а) исследование исходного вегетативного статуса
- б) ЭКГ
- в) проведение клино-ортостатической пробы
- г) проведение кардиоинтервалографии
- д) реовазография

42. Критерии здоровья дошкольников включают:

- а) резистентность организма
- б) физическое развитие
- в) наличие хронического заболевания
- г) биологический возраст
- д) поведенческие реакции

43. При диспансерном наблюдении за детьми с хроническим пиелонефритом обязательны следующие обследования:

- а) общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко
- б) бактериологическое исследование мочи 1 раз в 3 месяца
- в) биохимический анализ крови
- г) клинический анализ крови 1 раз в 3 месяца
- д) ультразвуковое исследование почек 1 раз в 6 месяцев

44. А-тип

1. Вызов к мальчику 2-х лет с жалобами на повышение температуры до $37,3^{\circ}\text{C}$ и припухлость около левого уха. Ребёнку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до неё переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребёнка отмечались симптомы атопического дерматита. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенёс нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

Задание: Ваш диагноз?

А. Серозный менингит.

Б. Полиневрит.

В. Нормальная реакция на прививку против эпидемического паротита. Увеличение околоушной железы слева.

Г. Энцефалопатия.

2. Девочке 6 лет с неотягощенным биологическим, акушерским и социальным анамнезом 8 дней назад сделана ревакцинация против кори. Вечером того же дня родители с ребёнком посетили цирк. На следующий день – температура поднялась до $37,6^{\circ}\text{C}$. появился кашель и заложенность носа. Участковый педиатр диагностировал ОРВИ и назначил симптоматическую терапию. На 4 день девочка выписана в детский сад. На 12-й день после прививки вновь повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились заложенность носа, покашливание, боли в горле и зудящая сыпь. При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации, легкая гиперемия конъюнктивы. На неизменном фоне кожи лица, туловища и конечностей – несливающаяся пятнисто-папулезная сыпь. На месте введения вакцины уплотнение до 1 см в диаметре. Зев гиперемирован, миндалины рыхлые, отечные с наложениями желтого цвета. Увеличение шейных и подчелюстных лимфоузлов до 1,5 – 2 см. Физикально со стороны легких и сердца без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, край эластичный, безболезненный. Стул 1 раз в день.

Задание: Ваш диагноз?

А. Необычная реакция на прививку против кори: аллергическая сыпь, лакунарная ангина.

Б. Тромбоцитопеническая пурпура.

В. Энцефалит.

Г. Обычная реакция на прививку против кори.

45. В-тип

1. К каждому пронумерованному состоянию резистентности организма подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой.

1. Частота острых заболеваний 0-3 раза в год (Io.з. = 0 - 0,32)	А) Низкая
2. Частота острых заболеваний 4-5 раз в год (Io.з. = 0,33 - 0,49)	Б) Высокая резистентность
3. Частота острых заболеваний 6-7 раз в год (Io.з. = 0,5 - 0,6)	В) Очень низкая

4. Частота острых заболеваний 8 и более раз в год (Ю.з. = 0,67 и выше)	Г) Сниженная

46. R-тип

Тема: Вакцинопрофилактика в современных условиях.

Варианты ответов:

- А. Судорожная реакция на прививку АКДС.
- Б. Обычная поствакцинальная реакция на прививку АКДС.
- В. Аллергическая реакция на прививку ОПВ.
- Г. Энцефалическая реакция на прививку АКДС.

Вводный вопрос:

Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

Условие задания:

1. Девочке 4,5 месяцев с неотягощённым анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в “непрофессионализме”. При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины – инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отёк тканей диаметром 3 см.
2. У девочки 4,5 месяцев в ответ на АКДС-2 и ОПВ-2 на третьи сутки развилось беспокойство, потеря сознания на 6 часов, признаки повышения внутричерепного давления, гиперрефлексия, нарушение мышечного тонуса.
3. У ребёнка 6 месяцев на АКДС-3 и ОПВ-3 на второй день при температуре 37,3° развились клонические судороги длительностью 7 минут. До этого судорог не было.

Ответы к тестовому контролю

1-а	11-г	21-б	31-а,в	41- а, б, в, г
2-а	12-в	22-а	32- а, б, в, г	42- а, б, в
3-в	13-г	23-г	33-г	43- а, в, г, д
4-б	14-б	24-а,б,в,г	34-в	44- 1-в 2-а
5-а	15-в	25-а,б	35-в	45- 1-б 2-г 3-а 4-в
6-а	16-б	26-а,б,г	36-в	46- 1-б 2-г 3-а
7-в	17-б	27-а, б, в, г, д	37-а	
8-г	18-а	28-а	38-в	
9-б	19-б	29-в	39-а	
10-в	20-б	30-а	40- а, в	

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю.

- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>
Дополнительная:
 - 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
 - 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
 - 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
 - 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
 - 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгеров М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
 - 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
 - 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
 - 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
 - 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
 - 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
 - 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
 - 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 8. Здоровье детей

Тема 8.2. Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи здоровому ребенку с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- изучить вопросы нормальной физиологии растущего организма и особенности психо-социального развития детей и подростков;
- сформировать умение проводить полное клиническое обследование, комплексную оценку состояния здоровья детей в условиях общей врачебной практики;
- рассмотреть особенности проведения профилактических мероприятий в отношении состояний/заболеваний, наиболее часто встречающихся у детей и подростков;
- сформировать навык организации и ведения детей и подростков в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Тактика ведения ребенка с фоновыми и патологическими состояниями на участке семейного врача» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; вопросы патологической физиологии растущего организма наиболее часто встречающихся у детей и подростков фоновых и патологических состояний; организации и ведения детей и подростков в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен уметь:

Проводить полное клиническое обследование, применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой полного клинического обследования, методиками организации маршрута пациента, методикой организации и ведения здоровых детей и подростков в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики; методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Фоновые состояния в педиатрии. Понятие об аномалиях конституции.
2. Рахит. Гипотрофия. Анемия. Атопический дерматит у детей раннего возраста.
3. Острые респираторные вирусные заболевания у детей. Этиопатогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
4. Гельминтозы у детей. Диагностика. Профилактика. Лечение.
5. Неотложные состояния в педиатрии: лихорадка, судорожный синдром, аллергические реакции.

2. Практическая подготовка.

1. Отработка навыка сердечно-легочной реанимации по алгоритму

№ п / п	Действие обучающегося	Критерии или оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего и, при необходимости, обеспечил безопасность	☐ да ☐ нет
2.	Зафиксировал голову ребенка, сжав ладонь его руки (или стимулировал реакцию, растирая фалангами своих пальцев грудину ребенка)	☐ да ☐ нет
3.	Громко обратился к ребенку: «Тебе нужна помощь? Ты меня слышишь?»	☐ да ☐ нет
4.	Призвал на помощь: «Помогите, ребенку плохо!»	☐ да ☐ нет
Определил наличие нормального дыхания		
5.	Освободил грудную клетку и живот ребенка от одежды	☐ да ☐ нет
6.	Ладонь одной руки положил на лоб ребенка, двумя пальцами другой руки подхватил нижнюю челюсть ребенка	☐ да ☐ нет
7.	Приблизил ухо к губам пострадавшего	☐ да ☐ нет

8.	Глазами наблюдал экскурсию грудной клетки пострадавшего	☐ да ☐ нет
9.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
5 начальных вдохов		
10.	Использовал собственное надежное средство защиты	☐ да ☐ нет
11.	Встал на колени сбоку от ребенка для проведения первых 5 вдохов	☐ да ☐ нет
12.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки подхватил нижнюю челюсть пострадавшего и умеренно запрокинул голову, открывая дыхательные пути	☐ да ☐ нет
13.	1 и 2 пальцами руки, находящейся на лбу, зажал нос ребенку	☐ да ☐ нет
14.	Герметично обхватил губы ребенка своими губами	☐ да ☐ нет
15.	Произвел выдох в ребенка до видимого подъема грудной клетки	☐ да ☐ нет
16.	Освободил губы ребенка на 1 секунду	☐ да ☐ нет
17.	Повторил выдох в ребенка	☐ да ☐ нет
18.	Выполнил суммарно 5 вдохов, из которых минимум 2 были эффективными	☐ да ☐ нет
Проверка признаков жизни		
19.	Продолжив удерживать голову ребенка, проверил наличие признаков жизни: дыхание, плач, движение, моргание	☐ да ☐ нет
20.	Оценил пульс на сонной артерии двумя-тремя пальцами руки	☐ да ☐ нет
21.	Оценил наличие признаков жизни в течение не более 10 секунд	☐ да ☐ нет
22.	Освободил грудную клетку и живот ребенка от одежды	☐ да ☐ нет
23.	Как можно быстрее приступил к компрессиям грудной клетки (КГК)	☐ да ☐ нет
24.	Основание ладони одной руки положил на нижнюю половину грудины ребенка	☐ да ☐ нет
Компрессии грудной клетки		
25.	Провел 15 компрессий подряд	☐ да ☐ нет
26.	• Рука спасателя находилась вертикально	☐ да ☐ нет
27.	• Не сгибал руку в локте	☐ да ☐ нет
28.	• Ладонь не отрывал от грудной клетки ребенка	☐ да ☐ нет
29.	• Во время компрессий другой рукой удерживал голову ребенка	☐ да ☐ нет
30.	• Компрессии отсчитывал вслух	☐ да ☐ нет
31.	Провел 2 вдоха (аналогично 5 первым вдохам)	☐ да ☐ нет
Вызвал специалиста (СМП) по алгоритму:		
32.	Вызвал бригаду СМП после выполнения СЛР в течение 1 минуты (5 циклов 15:2):	☐ да ☐ нет
33.	• Координаты места происшествия	☐ да ☐ нет
34.	• Количество пострадавших	☐ да ☐ нет
35.	• Пол	☐ да ☐ нет
36.	• Примерный возраст	☐ да ☐ нет
37.	• Состояние пострадавшего	☐ да ☐ нет
38.	• Объем Вашей помощи	☐ да ☐ нет
39.	Как можно быстрее приступил к проведению СЛР	☐ да ☐ нет
Показатели тренажера		
40.	• Адекватная глубина компрессий (не менее 90%)	☐ да ☐ нет
41.	• Адекватное положение рук при компрессиях (не менее 90%)	☐ да ☐ нет
42.	• Полное высвобождение рук между компрессиями (не менее 90%)	☐ да ☐ нет
43.	• Адекватная частота компрессий (не менее 90%)	☐ да ☐ нет
44.	• Адекватный объем ИВЛ (не менее 90%)	☐ да ☐ нет

45.	• Адекватная скорость ИВЛ (не менее 90%)	☐ да ☐ нет
Зав е	решение испытания	
46.	При команде: «Осталась одна минута» реанимацию не прекращал	☐ да ☐ нет
Нерегламентированные и небезопасные действия		
47.	Компрессии вообще не производил (искусственное кровообращение не поддерживалось)	☐ да ☐ нет
48.	Проводил оценку пульса на сонной артерии без оценки дыхания	☐ да ☐ нет
49.	Проводил оценку пульса на лучевой и/или других периферических артериях	☐ да ☐ нет
50.	Проводил оценку неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	☐ да ☐ нет
51.	Проводил сбор анамнеза, поиск медицинской документации	☐ да ☐ нет
52.	Проводил поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов и т.п.)	☐ да ☐ нет

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Выделите основные клинические синдромы и симптомокомплексы.
2. Интерпретируйте данные параклинических исследований.
3. Поставьте предположительный диагноз на основании дифференциального диагноза.
4. Какие дополнительные данные необходимы для подтверждения окончательного диагноза?
5. Какую терапию следует назначить при подтверждении диагноза?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача

Мальчик 6 лет, вес – 21 кг, рост - 115 см. Отец болен хроническим гастритом, мать – вегетососудистой дистонией. Акушерский анамнез существенно неотягощен. До 3-х месяцев находился на естественном вскармливании, затем, в связи с гипогалактией у матери, был переведен на искусственное вскармливание. На первом году жизни отмечались симптомы атопического дерматита. По 3-4 раза в год болел острой респираторно-вирусной инфекцией, в возрасте 3-х лет перенес острую пневмонию –очаговую неосложненную, средней тяжести. Предыдущие 3 летних месяца проживал у бабушки в деревне, где личная гигиена соблюдалась недостаточно, фрукты и овощи членами семьи часто употреблялись немытыми. Через неделю от начала летнего отдыха у мальчика наблюдалось недомогание, проявлявшееся эпизодическим появлением тошноты –вне связи с приемом пищи; периодически отмечался спастический кашель –без катаральных явлений со стороны носоглотки, чаще в вечернее и ночное время. При этом в течение недели у ребенка к вечеру наблюдались подъемы температуры до 37,2-37,6°С. К врачу не обращались, использовали домашние средства. Через 10 дней симптомы исчезли. Полтора месяца спустя у мальчика появилась утомляемость, бледность, резко снизился аппетит, вновь возникла тошнота, сопровождающаяся гиперсаливацией. Периодически стали беспокоить преходящие боли, чаще локализующиеся вокруг пупка; неустойчивый стул стал чередоваться с запорами. При осмотре –бледен, избыточная потливость, «заеды» в углах рта, атрофия сосочков языка. Лимфоузлы –подъязычные, аксиллярные, паховые –по 2-3 в группе, диаметром до 1 см, эластичные, безболезненные, легко смещаются. Дыхание свободное, везикулярное, 23 в минуту. Пульс –95 ударов в минуту. Область сердца не изменена, границы не смещены. Слегка приглушен I тон на верхушке, где выслушивается непродолжительный систолический шум умеренной интенсивности, без иррадиации. АД –88/55 мм рт.ст.. Живот при осмотре мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень +1 см, сомнителен симптом Керра. Накануне стул – полуоформленный, без видимых примесей. Почки не пальпируются, мочится свободно достаточно.

Общий анализ крови

Э р	Нбг/л	Рет%о	Тро мб	ЛП/л	Ю %	П%	Э %	С%	Лимф%	Мон%

Т / л			Г/л							
3,8	90	2	250	6,5	-	-	1	25	23	10

Анизоцитоз +, пойкилоцитоз ++. СОЭ -10 мм/час.

Биохимическое исследование крови:

общий белок -60 г/л (60-80 г/л), альбумины -50%, альфа1-глобулины -8%; альфа2-глобулины –10%; бета-глобулины –14%; гамма-глобулины –18%. Щелочная фосфатаза –8 ед., глюкоза –3,4 ммоль/л, билирубин общий –12,1 Мкмоль/л (3,5-13,5), холестерин –4,5 ммоль/л .

Общий анализ мочи

Кол-во -200, цвет –желтый, реакция -слабокислая, удельная плотность -1016. Белок –нет. Глюкоза –отсутствует. Лейкоциты-2-3 в п/зр. Эритроциты -0-1в п/зр. Цилиндры, соли бактерии –отсутствуют.

Анализ кала. Консистенция –полуоформленный, цвет-темно-коричневый, реакция кислая. Мышечные волокна +, нейтральный жир +, мыла жирных кислот ++, крахмал –отсутствует, перевариваемая клетчатка +, слизь ++. Лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты –отсутствуют.

Задание:

- 1.Выделите основные клинические синдромы и симптомокомплексы.
- 2.Интерпретируйте данные параклинических исследований.
- 3.Поставьте предположительный диагноз на основании дифференциального диагноза.
- 4.Какие дополнительные данные необходимы для подтверждения окончательного диагноза?
- 5.Какую терапию следует назначить при подтверждении диагноза?

Эталоны ответов

1. Клинико-анамнестически описаны синдромы:

- хронической эндогенной интоксикации (утомляемость, бледность, отсутствие аппетита, парасимпатикотония, полигиповитаминоз, реакция печени, субфебрильная температура);
- спонтанный абдоминальный болевой (преходящие абдоминальные боли умеренной интенсивности, локализующиеся в околопупочной области, отсутствующие при пальпации; сомнительный симптом Керра);

- желудочная и кишечная диспепсия (снижение аппетита, гиперсаливация, тошнота – не связанные с болевыми ощущениями; неустойчивый стул со склонностью к запорам);

- сенсibilизация (?) (спастический кашель без признаков воспаления со стороны органов дыхания).

2. Легкая гипохромная гипорегенераторная анемия (диспептические расстройства, гиповитаминоз, гипохромия, гипорегенерация, пойкилоцитоз позволяют рассматривать ее как дефицитную); умеренный лейкоцитоз, тенденция к увеличению СОЭ без изменения состава и количества нейтрофилов и лимфоцитов – признак асептического воспаления;

- эозинофилия и моноцитопения – проявление сенсibilизации и снижения резистентности.

Биохимический анализ выявил гипо-диспротеинемию. Повышенное содержание щелочной фосфатазы и тенденция к увеличению содержания билирубина указывают на дисфункцию билиарной системы. Изменения в анализе мочи отсутствуют, что указывает на отсутствие патологии со стороны мочевыделительной системы. Обнаруженные в копрограмме в увеличенных количествах мыла жирных кислот, слизь и лейкоциты являются признаками незначительных воспалительных процессов в кишечнике.

3. Выявлены клинико-анамнестические синдромы: хронической эндогенной интоксикации; болевой абдоминальный (в сочетании с обнаруженными параклиническим обследованием признаками изменений в кишечнике и, в меньшей степени, билиарной системе, что согласуется с показателями гемограммы); желудочной и кишечной диспепсии (подтверждаемой результатами копрограммы); предшествующими проявлениями сенсibilизации с поражением органов дыхания (кашель, эозинофилия). Эти изменения связаны с данными о нарушении санитарно-гигиенических условий среды пребывания пациента. Полученные сведения позволяют заподозрить у пациента наличие гельминтоза, в частности, аскаридоза, для которого характерны обнаруженные признаки сенсibilизации и токсико-механического поражения легких в раннюю (миграционную) стадию процесса с последующим переходом в хроническую стадию с преимущественным поражением кишечника (механическое, токсическое, сенсibilизирующее влияние гельминтов). Показатели гемограммы и копрограммы не подтверждают участие патогенной микрофлоры в развитии заболевания; характеристики болевого и диспептического синдромов в сочетании с изменениями в копрограмме, вовлечение в процесс органов дыхания – не характерны для соматической патологии органов пищеварения. Признаки миграционной стадии процесса типичны именно для аскаридоза.

4. Наиболее простой способ подтвердить наличие аскаридоза у больного – обнаружить в кале яйца аскарид. Однако заболевание длится у пациента около 3-х месяцев, к этому времени самки глистов еще не стали половозрелыми и яиц не откладывают, кроме того, в отдельных случаях паразитировать в организме могут только мужские особи. Уточнить диагноз может положительный результат реакции непрямой гемагглютинации с аскаридозным антигеном или положительный результат ИФА на аскаридозные антигены. В реальных условиях диагноз подтверждают успешные результаты дегельминтизации –отхождение аскарид на фоне лечения и последующей нормализацией состояния больного.

5. Этиотропная терапия: альбендазол (саноксал, немозол) – 400 мг –1 таб. однократно, при необходимости повторное назначение через 3 недели –или мебендазол (вермокс) по 100 мг 1 раз в день –2-3 дня. Одновременно желательное введение кислорода утром натошак., 15-см³ в желудок –2-3 дня. Показаны ферментные препараты, энтеросорбенты, поливитамины в сочетании с препаратами железа для лечения анемии.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Мать с мальчиком 5-и месяцев пришла на очередной профилактический приём к семейному врачу для решения вопроса о проведении вакцинации.

Ребёнок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, Длиной – 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 2-х месяцев, затем смесь “Агу”. Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина Д₂ с 2-х месяцев в течение 1,5-а месяцев нерегулярно. В 3-и месяца сделана 1 прививка АКДС + полиомиелит, реакции на прививку не наблюдалась. В 4-е месяца на приём к врачу не явилась.

В течение последних 2-х месяцев мать обращает внимание на то, что ребёнок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются рёберные “четки”. Большой родничок 4*4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту. Живот большой, распластанный, безболезненный. Печень + 2,5 см, селезёнка + 0,5 см. Стул кашицеобразный, 2 – 3 раза в день.

Контрольные вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
3. Оцените физическое развитие ребёнка.
4. Что такое гиперплазия остеоидной ткани? В каком возрасте данный синдром является ведущим в клинике?
5. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
6. Повышенная экскреция каких веществ с мочой типичны при данном заболевании?
7. Каков фосфорно – кальциевый обмен в норме и при данном заболевании?
8. Укажите возрастные сроки клинической манифестации почечного тубулярного ацидоза.
9. Какие дефекты ведения ребёнка имели место?
10. Можно ли проводить вакцинацию?
11. Что такое реакция Сулковича? Кратность её проведения при специфической профилактике и лечении данного заболевания.
12. Назначьте лечение. Выпишите рецепт.

Ситуационная задача №2

Девочка 11 месяцев. Родилась от 30-ти летней матери, страдающей гипертонической болезнью, от вторых родов в 39 недель беременности массой -3250 г, длиной -53 см. Беременность протекала на фоне анемии. Оценка по шкале Апгар -7/8 баллов. К груди приложили на вторые сутки. На грудном вскармливании находилась 3 месяца, затем в связи с гипогалактией у матери девочка докармливалась коровьим молоком. В настоящее время находится на искусственном вскармливании. Прикорм ввели в 7 месяцев манной кашей. Яблочный сок введен с 4 месяцев, фруктовое пюре с 5 месяцев. В настоящее время имеет массу -10,5 кг, длину -76 см. Сидит неуверенно, самостоятельно не встает. Мать отмечает потливость ребенка. При осмотре общее состояние расценено как средней тяжести. Правильного телосложения. Кожа чистая, бледная, эластичная. В углах рта поверхностные «заеды». Слизистые оболочки бледные, эпителий сосочков языка слущен. Волосы ломкие, ногти тусклые. Тurgор тканей умеренно снижен. Толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка -1,4 см. Пальпируются

мелкие задние шейные и паховые лимфоузлы диаметром 0,5 см в небольшом количестве, не спаянные между собой и окружающими тканями, эластической консистенции, безболезненные. Голова округлой формы; большой родничок 1х1 см, швы сомкнуты. Грудная клетка цилиндрической формы. Мышцы развиты удовлетворительно. Мышечный тонус равномерно снижен. Дыхание через нос свободное. При перкуссии над легкими звук легочный, дыхание пуэрильное. ЧД –40 в 1 мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см вправо от правого края грудины, левая – по среднеключичной линии, верхняя – по краю второго ребра. ЧСС-130 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 2,5 см из-под реберной дуги, эластической консистенции, безболезненная, край закруглен. Селезенка и почки не пальпируются. Стул без патологических примесей полуоформленный 2 раза в сутки.

Э р т / л	Нбг/л	Рет%	Тромб Г/л	ЛГ/л	Э%	С%	Лимф%	Мон%
3,8	90	2	250	6,5	1	23	66	10

Анизоцитоз +, СОЭ -7 мм/час.

Биохимическое исследование крови: общий белок -60 г/л, альбумины -58%, альфа 1-глобулины -5%, альфа 2-глобулины -10%, бета-глобулины -15%, гамма-глобулины -14%. Фосфор -1,3 ммоль/л (1,5 ммоль/л), кальций -2,2 ммоль/л (2,5 ммоль/л). Щелочная фосфатаза -5 ед. (4 ед), глюкоза -3,9 ммоль/л (до 6,1 ммоль/л). Билирубин -14 мкмоль/л (до 17 мкмоль/л). Сывороточное железо -10,6 мкмоль/л (более 14 мкмоль/л). Общая железосвязывающая способность сыворотки крови -80 мкмоль/л (40-62 мкмоль/л).

Общий анализ мочи

Кол-во -50,0 мл, цвет -желтый, реакция -кислая. Уд. вес -1005, белок -отсут., глюкоза -отсутств. Кетоновые тела -отсутств. Лейкоциты -2-3 в поле зрения. Эритроциты -отсутств. Цилиндры -отсутств. Соли и бактерии -отсутств.

Реакция Сулковича -отрицательная.

Копрограмма: консистенция -кашицеобразный, цвет -желтый, реакция Грегерсена -отрицат., слизь -нет, лейкоциты -1-3 в поле зрения (до 5), эритроциты -отсутств., нейтральный жир -отсутств., мыла жирных кислот -отсутств., зерна крахмала +. Яйца глистов -отсутств.

Задание:

1. Оцените клинико-anamnestические данные.
2. Оцените данные дополнительного обследования.
3. Сформулируйте основной диагноз.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Принципы лечения данного больного.

Ситуационная задача №3

Ребенок 5 месяцев. От пятой беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита. Роды в срок 39 недель путем кесарева сечения. Масса при рождении 2700 гр., длина тела -50см. На грудном вскармливании находился до одного месяца. Вскармливание было беспорядочным. У матери развилась гипогалактия и ребенок был переведен на искусственное вскармливание. Получал цельное коровье молоко, прикорм не вводили. Находился в деревне, детскую поликлинику не посещал. При осмотре: состояние средней тяжести. Масса тела -5700 гр. Кожа бледная, сухая. Волосы сухие, ломкие. Ногти тусклые, заметна их поперечная исчерченность. Слизистые рта бледные, сухие, чистые. Подкожно-жировой слой на животе -1,5 см. Выражена мышечная гипотония. Appetit снижен. Большой родничок 2,0х1,5 см, края сглажены, податливые. Грудная клетка цилиндрической формы, при перкуссии отмечается коробочный оттенок перкуторного звука, дыхание пуэрильное, частота -42 в минуту, хрипов нет. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-136 в мин. Живот гипотоничен, доступен пальпации, безболезненный. Печень пальпируется на 2,5 см ниже реберной дуги, селезенка -у края реберной дуги. Стул 2-3 раза в день, полуоформленный.

Э р т / л	Нбг/л	Рет%	Тромб Г/л	ЛГ/л	Ю %	П%	Э %	С%	Лимф%	Мон%

л										
3,8	90	2	250	6,5	-	-	1	25	23	10

Анизоцитоз +, СОЭ -7 мм/час.

Биохимическое исследование крови:

общий белок -60 г/л, альбумины -58%, альфа 1-глобулины -5%, альфа 2-глобулины -10%, бета-глобулины -15%, гамма-глобулины -14%. Фосфор -1,3 моль/л (1,5 ммоль/л), кальций -2,2 ммоль/л (2,5

ммоль/л). Щелочная фосфатаза -5 ед. (4 ед), глюкоза -3,9 ммоль/л (до 6,1 ммоль/л). Билирубин -14 мкмоль/л (до 17 мкмоль/л). Сывороточное железо -10,6 мкмоль/л (более 14 мкмоль/л). Общая железосвязывающая способность сыворотки крови -80 мкмоль/л (40-62 мкмоль/л).

Общий анализ мочи

Кол-во -50,0 мл, цвет -желтый, реакция -кислая. Уд. вес -1005, белок -отсут., глюкоза -отсутств. Кетоновые тела -отсутств. Лейкоциты -2-3 в поле зрения. Эритроциты -отсутств. Цилиндры -отсутств. Соли и бактерии -отсутств.

Реакция Сулковича -отрицательная.

Копрограмма: консистенция -кашицеобразный, цвет -желтый, реакция Грегерсена -отрицат., слизь -нет, лейкоциты -1-3 в поле зрения (до 5), эритроциты -отсутств., нейтральный жир -отсутств., мыла жирных кислот -отсутств., зерна крахмала +. Яйца глистов -отсут-

Задание:

1. Оцените клинико-анамнестические данные.
2. Оцените данные дополнительного обследования.
3. Сформулируйте основной диагноз.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Принципы лечения данного больного.

Ситуационная задача №4

Мальчик 7 лет. Родился от первой беременности, протекавшей с гестозом второй половины беременности. Роды физиологические. Масса при рождении 3300 гр., длина тела -51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Редко болел ОРВИ, но заболевания протекали с яркой клинической картиной в виде лихорадки, катарального синдрома и с явлениями желтухи. Неделю назад заболел острым бронхитом. Через 3 дня состояние значительно ухудшилось, появилась иктеричность кожи. При осмотре -масса тела -22 кг, длина -117 см. Состояние тяжелое, вялый, бледен, легкая желтушность кожи и слизистых, иктеричность склер. Лимфатические узлы пальпируются по основным группам, единичные, безболезненные. Грудная клетка цилиндрической формы, перкуторно -легочный звук, дыхание жесткое, единичные диффузные сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. Кашель влажный редкий. ЧД-24 в мин. Границы сердца: правая -по правому краю грудины, левая -по среднеключичной линии. ЧСС -110 в 1 мин, тоны сердца приглушены, систолический шум функционального характера по левому краю грудины. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги, безболезненная, селезенка пальпируется на 2,0 см ниже реберной дуги слева, плотно-эластической консистенции, безболезненная. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, моча темного цвета

Э р т / л	Нбг/л	Рет%	Тромб Г/л	ЛГ/л	Ю %	П%	Э %	С%	Лимф%	Мон%
2,3	65	15	200	12,0	2	1 0	1	52	28	8

Микроцитоз ++, СОЭ -10 мм/час. Осмотическая резистентность эритроцитов -0,7 (0,48 и ниже).

Биохимическое исследование крови: общий белок -68 г/л (60-80 г/л), холестерин -4,6 ммоль/л (до 5,2 ммоль/л), АЛТ -1,0 ед. (0,5 ед), АСТ -0,2 ед. (0,2 ед). Билирубин -22 мкмоль/л (до 17 мкмоль/л). Сывороточное железо -38,9 мкмоль/л (14-33 мкмоль/л).

Общий анализ мочи

Кол-во -150,0 мл, цвет -темный, реакция -кислая, мутная. Уд. вес -1015, белок -отсут., глюкоза -отсутств. Желчные пигменты +++. Лейкоциты -5 в поле зрения. Эритроциты -0-1 в поле зрения. Цилиндры -отсутств. Соли и бактерии -отсутств.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты -1500 (до 2000), эритроциты -500 (до 1000). Количество микробных тел в 1 мл мочи -10000 (до 100000).

Копрограмма: консистенция -оформленный, цвет -темно-коричневый, реакция Грегерсена -отрицат., слизь -нет, лейкоциты -2-3 в поле зрения (до 5), эритроциты -отсутств., нейтральный жир -отсутств., мыла жирных кислот -отсутств., зерна крахмала -отсутствуют. Яйца глистов -отсутств.

Задание

1. Оцените клинико-анамнестические данные.

2. Оцените данные дополнительного обследования.
3. Сформулируйте основной диагноз.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
5. Принципы лечения данного больного.

Эталон ответов:

Задача №2 Анемия железодефицитная, средней тяжести, гипохромная, гипоре-генераторная, рахит I, период разгара, острое течение

Задача №3 Анемия железодефицитная, легкая гипохромная, гипорегенераторная

Задача №4 Анемия гемолитическая, микросфероцитарная (анемия Минковского-го-Шоффара), тяжелая, нормохромная, гиперрегенераторная, период гемолитического криза

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)

1. Фоновые состояния в педиатрии. Понятие об аномалиях конституции.

2. Рахит. Гипотрофия. Анемия. Атопический дерматит у детей раннего возраста.

3. Острые респираторные вирусные заболевания у детей. Этиопатогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.

4. Гельминтозы у детей. Диагностика. Профилактика. Лечение.

5. Неотложные состояния в педиатрии: лихорадка, судорожный синдром, аллергические реакции.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. К железодефицитной анемии относят следующие признаки, кроме:

- а) повышения билирубина крови; б) гипохромии эритроцитов; в) тромбоцитоза;
г) уменьшения связанного железа в сыворотке; д) уменьшения количества эритроцитов.

2. Признаком гипервитаминоза D является:

а) головная боль; б) повторяющаяся рвота; в) гипотермия; г) крапивница.

3. При лимфатико-гипопластическом диатезе не наблюдается:

а) тимомегалия; б) синдром внезапной смерти;

в) гипопластическая анемия; г) склонность к частым простудным заболеваниям.

4. Для гриппа характерны все следующие синдромы, кроме:

а) гипертермии; б) судорожного синдрома; в) диареи; г) фарингита.

5. Критериями диагноза пневмонии у детей являются:

а) анамнез и клиническая картина; б) общий анализ крови и исследование функции внешнего дыхания; в) анамнез, клиническая картина и рентгенография органов дыхания; г) только данные рентгенографии легких.

6. Выбор стартового антибиотика для лечения детей с пневмонией:

- а) зависит от возраста ребенка и вида возбудителя заболевания;
б) обусловлен факторами риска пневмонии; в) основан на показателях общего анализа крови;
г) обусловлен изменениями на рентгенограмме.

7. Наличие симптомов дыхательной недостаточности, мелкопузырчатые хрипы в легких и «оральная крепитация» характерны для:

а) острого простого бронхита; б) острого обструктивного бронхита; в) острого бронхиолита; г) острой пневмонии.

8. Характерными симптомами ротавирусного гастроэнтерита являются все следующие, кроме:

- а) лихорадки, чаще субфебрильной, умеренной интоксикации; б) повторной рвоты; в) частого обильного водянистого стула;
г) эксикоза I-II степени;
д) частого жидкого стула со слизью и кровью.

9. Показанием для оральной регидратации являются:

- а) водянистые диареи любой этиологии, сопровождающиеся эксикозом I-II степени; б) кишечные инфекции, протекающие с колитическим синдромом; в) кишечные инфекции, протекающие с выраженной интоксикацией;
г) диареи любой этиологии, сопровождающиеся эксикозом III-IV степени.

10. Риск возникновения гепато- и холепатии повышается при наличии всех перечисленных факторов, кроме:

- а) наследственного; б) перенесенного вирусного гепатита; в) дисбактериоза;
г) воздушно-капельной инфекции.

Правильные ответы: 1 – а; 2 – б; 3 – в; 4 – в; 5 – в; 6 – а; 7 – в; 8 – д; 9 – а; 10 – г.

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
2. Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю.

Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.

4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство

7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>

8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>

9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>

10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.1: Дифференциальный диагноз лимфаденопатий.

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых для осуществления дифференциальной диагностики лимфаденопатий при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам в условиях общей врачебной практики.

Задачи:

- рассмотреть спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза лимфаденопатий;
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи ВОП/СВ ;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях при заболеваниях, протекающих с лимфаденопатиями;
- изучить подходы к организации маршрута пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- сформировать навык проведения дифференциальной диагностики лимфаденопатий в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать: определение основных понятий; принципы; проведения дифференциального диагноза; спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза; основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме, роль и задачи ВОП/СВ; основные причины увеличения лимфоузлов, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики заболеваний включенных в дифференциальный ряд; маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы и тактику ведения пациента соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: собрать эпидемиологический анамнез; выявить и оценить характер увеличения лимфоузлов; определить причины местного увеличения лимфоузлов; определить причину системного увеличения лимфоузлов; применить алгоритм проведения дифференциального диагноза; проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, составлять план обследования и ведения пациента; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками проведения дифференциального диагноза; методиками осмотра пациента, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Основными функциями лимфоузлов
2. Основные причины увеличения лимфатических узлов
3. Основные инфекционные заболевания с синдромом лимфаденопатии
4. Основные ориентиры, полученные при первичном осмотре больных на которые надо обращать внимание при дифференциальной диагностике лимфаденопатий
5. Основные принципы ведения больных лимфаденопатией
6. Алгоритм диагностического поиска при регионарной или локальной лимфаденопатии
7. Алгоритм диагностического поиска при генерализованной лимфаденопатии
8. Наиболее частые местные воспалительные процессы, сопровождающиеся увеличением регионарных лимфоузлов
9. Признаки, наличие которых предполагает дополнительный диагностический поиск в связи с предполагаемым заболеванием.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков дифференциальной диагностики лимфаденопатий)

- 1) Работа с пациентами (провести объективный осмотр, выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциально-диагностический ряд, определить тактику врача общей практики, осуществить интерпретацию имеющихся данных лабораторно-инструментального обследования).
- 2) Составить таблицу дифференциальной диагностики лимфаденопатий

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной К., 30 лет, охотник, в сентябре разделывал тушку ондатры. Через 4 дня внезапно повысилась температура до 39-40С, появилась головная боль, озноб, боль в мышцах всего тела, слабость, потливость, боли в горле. Насморка и чихания нет. На 3-й день болезни боли в горле усилились, отметил значительную болезненность в подчелюстной области, а позднее 2 плотных подвижных образования величиной с куриное яйцо. Кожа над опухолью не изменена. Через 3 недели от начала болезни кожа стала красной, отечной и появился гной молочно белого цвета, без запаха, напоминающей сливки. Температура тела была высокой в течение 8 дней, а затем субфебрильной. В ротоглотке - миндалины увеличены до 2 ст. гиперемированы, налеты на миндалинах белого цвета, отека нет, язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Селезенка и

печень увеличены. Пульс 82 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. В легких без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предварительный диагноз: Туляремия, ангинозно-бубонная форма, средней тяжести
2. Необходимо исключить заболевания, протекающие с тонзиллитом.
3. Лечение: госпитализация в инфекционный стационар по клиническим показаниям.

Строгий постельный режим (Весь лихорадочный период)

Стол №4 (щадящая молочно-растительная диета). Этиотропная терапия: антибактериальные препараты. Патогенетическая терапия: дезинтоксикация.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Ребенок 7 лет. Заболевание началось постепенно: кашель, насморк с обильным слизистым отделяемым из носа, общая слабость, температура 37,5 °С, небольшие боли в горле. В течение 3-х дней наблюдался дома участковым врачом. При активном посещении на дому на 3-й день болезни температура 38 – 38,5 °С, сохранялись катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Ребенок активный, играет, но присоединились явления конъюнктивита, веки отечны, конъюнктивы ярко гиперемированы, отечны, на поверхности конъюнктив фолликулы, увеличены шейные лимфоузлы. В зеве яркая гиперемия задней стенки глотки и крупная зернистость за счет гиперплазии лимфоидной ткани. Микрополиаденит. Тоны сердца чистые, незначительно приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 3 см выступает из-под края реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, противоэпидемические мероприятия, принципы лечения .

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больной С., 44 лет, заболел осенью после охоты на зайца. При сдирании шкурки с убитого зайца поранил левую руку. Через три дня поднялась температура до 38 °С, появились боли в мышцах. Обнаружилось увеличение левого локтевого лимфатического узла (величиной 2 см). Принимал дома пенициллин – эффекта не было: сохранялась высокая температура, появился бубон величиной с куриное яйцо в левой подмышечной области. Госпитализирован с диагнозом «лимфаденит». На 5-й день болезни состояние больного – средней тяжести. В левой подмышечной области пальпируется слегка болезненный бубон величиной 2,5 × 3 см, дольчатого строения, умеренно плотный, контуры четкие, спаянности с окружающей клетчаткой нет. Кожа над бубоном не изменена.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной П., 50 лет, чабан, приехал в гости к родственникам, почувствовал озноб, головную боль, болезненность в подмышечной области справа. Повысилась температура тела до 38°С. Ночью состояние ухудшилось: появилась резкая слабость, усилилась головная боль. На следующий день к больному был вызван врач из участковой больницы. При осмотре: состояние больного тяжелое, температура тела 40°С, психомоторное возбуждение. В правой подмышечной области болезненное уплотнение 4,0*5,0 см с нечеткими контурами, кожа гиперемирована с цианотичным оттенком, кровоизлияния.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.

3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Противоэпидемические мероприятия
О	-	
В	4	Профилактические мероприятия
Э	-	

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

1. Классификация лимфаденопатий
2. Методы исследования лимфатических узлов
3. Причины регионарной лимфаденопатии
4. Дифференциально-диагностические признаки инфекционных болезней, протекающих с синдромом первичного аффекта
5. Основные инфекционные заболевания, сопровождающиеся образованием бубонов
6. Характеристика инфекционных заболеваний, протекающих с генерализованной лимфаденопатией
7. Характеристика инфекционных заболеваний, протекающих с синдромом мезаденита.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

2. Выполнить тестовые задания:

Вариант 1

1. Полиаденит свойственен для инфекционного заболевания:
 - а) бруцеллез б) грипп в) ботулизм г) дифтерия д) геморрагическая лихорадка с почечным синдромом
2. Полиаденит свойственен для инфекционного заболевания:
 - а) дизентерия б) столбняк в) бешенство г) ВИЧ-инфекция д) сибирская язва
3. Характерным признаком для чумного бубона является:
 - а) безболезненность б) резкая болезненность в) спаянность с окружающей клетчаткой г) гиперемия кожи над бубоном
4. К особенностям поражения кожи при сибирской язве относят:
 - а) умеренный отек, резкая болезненность при пальпации б) язва с безболезненным плотным черным струпом, воспалительным валиком красного цвета, вторичными везикулами по периферии, безболезненным общим отеком кожи, регионарным лимфаденитом в) яркая эритема с четким ограничением от здоровой кожи, инфильтрация кожи, регионарный лимфаденит г) резко болезненная язва с гнойным содержимым д) отек подкожной клетчатки, ограниченный валиком гиперемии
5. Для инфекционного процесса при чуме характерно, что ____:
 - а) заражение происходит только трансмиссивным путем б) общая интоксикация не характерна в) самый частый симптом артралгия г) наибольшую эпидемическую опасность представляет легочная форма болезни д) раннее применение антибиотиков резко снижает вероятность выздоровления
6. Течение сибирязвенного карбункула характеризуется наличием:

- а) гиперемии кожи б) отсутствия отека тканей в) локальной болезненности г) наличием черного струпа в центре карбункула
7. Клиническая картина инфекционного мононуклеоза включает:
- а) артралгии б) диарею в) полиаденопатию г) дегидратационный синдром д) энцефалопатию
8. Для инфекционного процесса при дифтерии ротоглотки характерно, что:
- а) подчелюстные лимфоузлы резко болезненны и спаяны с окружающими тканями б) характерно наличие фибриновых налетов на миндалинах, переходящих на дужки и небо в) при объективном осмотре ротоглотки "пылающий зев" г) наблюдается болезненность и затруднение открывания рта д) болезнь начинается с ярко выраженных катаральных явлений
9. Период первичных клинических проявлений ВИЧ-инфекции характеризуется совокупностью признаков:
- а) лихорадка, полиаденит, фарингит б) новообразования, генерализованные инфекции в) кандидозные поражения, пневмония, туберкулез
10. Наличие лимфаденита характерно для течения:
- а) менингококковой инфекции б) вирусного гепатита С в) столбняка г) гриппа д) фелиноза
11. 4В-стадия развернутой СПИД-инфекции и вторичных заболеваний характеризуется:
- а) прогрессирующая потеря массы тела б) длительный диарейный синдром в) стойко бактериальные, вирусные и протозойные поражения внутренних органов г) инфекционный мононуклеоз д) ВИЧ-энцефалопатия
12. Для течения бруцеллеза характерно:
- а) длительная высокая лихорадка б) поражение половых органов в) потливость г) выраженной интоксикации синдром д) полиаденопатия
13. Генерализованные формы иерсиниоза наиболее часто сопровождаются наличием:
- а) артралгий б) гепато-лиенального синдрома в) полиаденита г) везикулезной сыпи д) диспептических симптомов
14. Наиболее характерный симптом бубонной формы туляремии - это:
- а) сыпь б) лимфаденит в) полиартрит г) ринит д) диарея
15. Наличие мезаденита характерно для ____
- а) брюшного тифа б) туляремии в) рожи г) малярии д) иерсиниоза

ОТВЕТЫ: 1 - а, 2 - г, 3 - б, в, г, 4 - б, 5 - г, 6 - г, 7 - в, 8 - б, 9 - а, 10 - д, 11 - а, б, в, д, 12 - б, д, 13 - а, б, в, д, 14 - б, 15 - а, б, д.

Вариант 2

Выберите один правильный ответ

1. Больная 35 лет в течение нескольких недель отмечает увеличение шейных лимфоузлов справа, субфебрильную температуру, потливость, кожный зуд. При обследовании по органам без особенностей. В общем анализе крови: Нв 110 г/л, Эр. 4,1 млн/мл., Лейк. 6.5 тыс/мл, в формуле - лимфоциты - 12%. Вероятный предварительный диагноз:
- 1) лимфогранулематоз;
 - 2) острый лимфолейкоз;
 - 3) хронический лимфолейкоз;
 - 4) туберкулезный лимфаденит;
 - 5) инфекционный мононуклеоз.
2. Показатели биологической активности лимфогранулематоза следующие, кроме:
- 1) увеличение СОЭ;
 - 2) увеличение активности трансаминаз;
 - 3) увеличение фибриногена;
 - 4) увеличение альфа-2-глобулинов;
 - 5) увеличение гаптоглобина
3. Если у больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лейкоцитоз с лимфоцитозом, то следует думать о:
- 1) лимфогранулематоз;
 - 2) острый лимфобластный лейкоз;
 - 3) хронический лимфолейкоз;

- 4) хронический миелолейкоз;
- 5) эритремия

4. Укажите один из признаков, характерных для лимфогранулематоза:

- 1) лейкопения;
- 2) сдвиг вправо;
- 3) клетки Боткина-Гумпрехта;
- 4) лимфопения;
- 5) тромбоцитоз

5. Главным отличием симптоматического эритроцитоза от эритремии является:

- 1) степень увеличения гемоглобина;
- 2) выраженность плеторического синдрома;
- 3) снижение рО₂ крови;
- 4) повышение вязкости крови;
- 5) степень увеличения эритроцитов

6. Снижение осмотической стойкости эритроцитов характерно для:

- 1) аутоиммунной гемолитической анемии;
- 2) наследственного сфероцитоза;
- 3) талассемии;
- 4) пароксизмальной ночной гемоглобинурии;
- 5) сидероахрестической анемии

7. Генерализованная лимфаденопатия характерна для:

- 1) ВИЧ-инфекции
- 2) туляремии
- 3) инфекционного мононуклеоза
- 4) рожи
- 5) цитомегаловирусной инфекции

8. Клетки Боткина-Гумпрехта обнаруживаются при:

- 1) острый миелобластный лейкоз;
- 2) хронический миелолейкоз;
- 3) хронический лимфолейкоз;
- 4) миеломная болезнь;
- 5) мегалобластная анемия

9. Наиболее вероятный диагноз при наличии у больного спленомегалии и лимфаденопатии:

- 1) острый миелобластный лейкоз;
- 2) хронический миелолейкоз;
- 3) хронический лимфолейкоз;
- 4) миеломная болезнь;
- 5) мегалобластная анемия

10. Диагноз острого лейкоза становится очевидным при:

- 1) анемия;
- 2) язвенно-некротические поражения;
- 3) увеличение лимфоузлов;
- 4) бластемия в периферической крови;
- 5) геморрагии

11. Генерализованная лимфаденопатия редко выявляется при одном из следующих заболеваний:

- 1) ВИЧ;
- 2) инфекционный мононуклеоз;
- 3) малярии;
- 4) лимфолейкозе;

5) лимфогранулематозе

ОТВЕТЫ:

вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
ответ	1	2	3	4	3	2	1	3	3	4	3

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	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р-Медиа, 2020.	7	+ ЭБС Консультант врача

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970432655.html	2	+ ЭБС Консультант врача
3	Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970427354.html	-	+ ЭБС Консультант врача

4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьева Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN N 9785970428924.html	1	+ ЭБ С Ко нс ульт ант вра ча
5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство.	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru		+ ЭБ С Конс ульт ант
	Краткое издание				врач а
6	Гастроэнтероло гия [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN N 9785970434086.html		+ ЭБ С Ко нс ульт ант вра ча

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.2: Дифференциальный диагноз экзантем.

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых для осуществления дифференциальной диагностики экзантем при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам в условиях общей врачебной практики.

Задачи:

- рассмотреть спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза экзантем;
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи ВОП/СВ ;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях при заболеваниях, протекающих с экзантемами;
- изучить подходы к организации маршрута пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- сформировать навык проведения дифференциальной диагностики экзантем в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать: определение основных понятий; принципы проведения дифференциального диагноза; спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза экзантем; основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме, роль и задачи ВОП/СВ; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики заболеваний, протекающих с экзантемами; маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы и тактику ведения пациента соответственно

действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: дать оценку и описать характер экзантем; собрать эпидемиологический анамнез; определить причину экзантем; применить алгоритм проведения дифференциального диагноза; проводить скрининг, и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, составлять план обследования и ведения пациента; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками проведения дифференциального диагноза; методиками осмотра пациента, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Возбудители заболеваний, протекающих с экзантемами у детей.

2. Возбудители заболеваний, протекающих с экзантемами у взрослых.
3. Лабораторные методы исследования используются для диагностики инфекционных заболеваний и сроки их проведения.
4. Особенности первичных и вторичных элементов сыпи.
5. Особенности эпидемиологического процесса при ветряной оспе, краснухи, скарлатины, кори, в России на современном этапе, высокий уровень заболеваемости.
6. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при экзантемах.
7. Патоморфологические изменения в коже и слизистых при различных экзантемах.
8. Особенности поражения различных органов при инфекционных экзантемах у детей.
9. Особенности поражения различных органов при инфекционных экзантемах у взрослых.
10. Варианты течения различных инфекционных заболеваний, сопровождающихся экзантемами, и их клинические особенности.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков дифференциальной диагностики инфекционных экзантем).*

1. Работа с пациентами (провести объективный осмотр, выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциально-диагностический ряд, определить тактику врача общей практики, осуществить интерпретацию имеющихся данных лабораторно-инструментального обследования).

2. Составить таблицу дифференциальной диагностики инфекционных экзантем.

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Студентка И., 21 года, студентка института, Днем 5.02 вызвала участкового врача на дом в связи с высокой температурой, сильной головной болью, плохим самочувствием.

Заболела утром 4.02 остро, когда появилось першение в горле, заложенность носа, головная боль, температура тела 37,5°C. Вызванный участковый врач диагностировал ОРЗ, назначил обильное питье, аскорутин, димедрол. На следующий день внезапно появился озноб, рвота, температура тела повысилась до 39,5°C, усилилась головная боль, ломота в теле, боль в суставах, заметила сыпь на туловище и нижних конечностях. В институте, где учится больная, имеются студенты, больные ОРЗ, которые продолжают посещать занятия.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 39,2°C. На туловище и нижних конечностях геморрагическая сыпь неправильной формы, в центре некроз, задняя стенка глотки гиперемирована, гипертрофированные лимфоидные фолликулы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс 104 уд/мин, ритмичный, АД 90/70 ммрт.ст. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Клинический диагноз: менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкцемия. тяжелое течение. ИТШ 1 степени.

Обоснование диагноза:

Диагноз менингококковой инфекции поставлен на основании острого начала с явлений назофарингита, симптомы интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, ломота в теле, в суставах), типичная экзантема - геморрагическая сыпь неправильной формы, выявлена гиперемия ротоглотки, снижение артериального давления, тахикардия.

2. Необходимо исключить грипп, брюшной тиф, лептоспироз, заболевания протекающие с длительной лихорадкой (малярия, сыпной тиф, сепсис).
3. Вызов скорой помощи. Противошоковые мероприятия (дексаметазон, преднизолон 5мг/кг), жаропонижающие. госпитализация. Работа в очаге с контактными.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной Ш., 27 лет, обратился на 2 день болезни с жалобами на повышение температуры до 38, боль в горле при глотании, появление на коже сыпи. Заболел остро: 5 января повысилась температура до 37,8, появилась слабость, небольшая боль в горле при глотании. На следующий день боль в горле усилилась, появилась сыпь. В эпиданамнезе указание на контакт с больным ангиной за 7 дней до заболевания. Объективно: состояние средней тяжести. Лицо ярко гиперемировано. На коже туловища, конечностей, особенно на внутренней поверхности бедер обильная мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне. Особенно выражено ступение сыпи в естественных складках подмышечных областей и локтевых ямок. Сыпь сопровождается зудом. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована. Нёбные миндалины гиперемированы, отёчны, увеличены до 2 степени. На их поверхности белый налёт, который снимается шпателем, поверхность под ним не кровоточит. Язык обложен белым налётом. Углоточные лимфоузлы увеличены до 3 см в диаметре, умеренно болезненные. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту, пульс = ЧСС = 120 в минуту, 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 – со слов не нарушены. Больной госпитализирован. ударов в минуту. АД 100/50 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

На приём к участковому врачу обратилась К., 26 лет, с жалобами на повышение температуры до 38,0 С, озноб, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, сыпь. Больна второй день. Заболевание началось с недомогания и незначительных катаральных явлений, повышения температуры до 37,50 С. На следующий день состояние ухудшилось. Усилились катаральные явления и признаки интоксикации, появилась сыпь, что и послужило поводом для обращения к врачу. Из анамнеза: состоит на учете в женской консультации с беременностью 17 недель. Проживает в благоустроенной квартире. Работает учителем в школе. В классе есть больные с клиникой ОРЗ. Прививки сделаны не все, т.к. было много медицинских отводов по причине заболеваний в детстве. О перенесённых в детстве заболеваниях женщина не знает. Правила личной гигиены соблюдает. При осмотре состояние средней степени тяжести. Температура 38,0 С, На коже лица, за ушами, на волосистой части головы, туловище и конечностях – мелкопятнистая сыпь на неизменённом фоне. На ладонях и подошвах сыпь отсутствует. Слизистая ротоглотки гиперемирована, зерниста, миндалины гиперемированы, не увеличены, налётов нет. Затылочные, заднешейные, околоушные лимфоузлы увеличены до 2 см в диаметре, эластичные, болезненные. Остальные группы лимфоузлов не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий безболезненный, печень на 1 см выступает из-под края правой рёберной дуги, пальпируется нижний полюс селезёнки, стул, мочеиспускание и диурез в норме.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больная Т, 16 лет, учащаяся ПТУ, где были отмечены случаи ОРЗ, поступила в клинику на 6-й день болезни. Заболевание началось на фоне нормальной температуры с появления насморка и кашля. На 5-й день болезни внезапно повысилась температура до 40С. Состояние ухудшилось: появились вялость, адинамия, резкая головная боль, частая рвота, не связанная с приемом пищи. При поступлении общее состояние крайне тяжелое, сознание затемнено, на инъекции реагирует слабо. Зрачки расширены, на

свет не реагирует. Резко выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Отмечается общая гиперестезия. В зеве легкая гиперемия, язык обложен белым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 130 ударов в минуту. АД 100/50 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Противоэпидемические мероприятия
О	-	
В	4	Профилактические мероприятия
Э	-	

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

1. Принципы дифференциальной диагностики инфекционных болезней, сопровождающихся экзантемами, в различные периоды болезни.
2. Дифференциальная диагностика пятнистых экзантем.
3. Дифференциальная диагностика пятнисто-папулезных экзантем.
4. Дифференциальная диагностика геморрагических экзантем.
5. Дифференциальная диагностика эритематозных экзантем.
6. Дифференциальная диагностика везикулезных экзантем.
7. Дифференциальная диагностика инфекционных и соматических экзантем.
8. Принципы и методы профилактики инфекционных заболеваний, протекающих с экзантемами.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

3. Выполнить тестовые задания:

Вариант 1

1. Плотный бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи с плоской или куполообразной поверхностью, это
 - а) везикула
 - б) розеола
 - в) папула
 - г) чешуйка
2. При скарлатине сыпь имеет характер:
 - а) папулезный
 - б) мелкопятнистый

- в) розеолезный
- г) везикулезный

3. Сыпь не пигментируется при:

- а) краснухе
- б) кори
- в) скарлатине
- г) брюшном тифе

4. Краснуха наиболее опасна:

- а) для беременных женщин в первом триместре беременности
- б) для беременных женщин в последнем триместре беременности
- в) для детей
- г) для пожилых людей

5. Какие клинические признаки свойственны опоясывающему герпесу:

- а) боль по ходу высыпаний
- б) гепатомегалия
- в) лихорадка
- г) насморк

6. Укажите особенности ветряной оспы у взрослых

- а) выражен продромальный период
- б) болезнь протекает легко
- в) тяжелое течение болезни
- г) выражены катаральные симптомы

7. Везикулезная сыпь встречается при

- а) ветряной оспе
- б) экземе Капоши
- в) ящуре
- г) брюшном тифе

Эталоны ответов:

1 - в 2 - б 3 - а 4 - а 5 - а, в 6 - а, в 7 - а, б, в

Вариант2

Выберите один правильный ответ

1. При менингококковой инфекции:

- А) характерна этапность высыпания сыпи (лицо, туловище, конечности)
- Б) на 1-2-й день болезни появляется геморрагическая сыпь
- В) сыпь чаще появляется на 3-4-й день болезни
- Г) наиболее типична розеолезная и розеолезно-папулезная сыпь
- Д) в типичных случаях элементы сыпи имеют правильную форму и возвышаются над поверхностью кожи

2. Препаратом выбора для лечения менингококкового менингита является:

- А) бензилпенициллин
- Б) левомецетин
- В) доксициклин
- Г) клафоран
- Д) амикацин

3. При менингококкцемии:

- А) наблюдается полиаденопатия
- Б) частым осложнением является эндокардит
- В) характерно формирование множественных пиемических очагов
- Г) наиболее тяжелым осложнением является миокардит
- Д) наиболее тяжелым осложнением является инфекционно-токсический шок

4. Симптомы менингококкового менингита:

- А) ригидность затылочных мышц
- Б) симптом Кернига
- В) симптом Падалки
- Г) симптом Брудзинского
- Д) симптом Пулатова

5. Клинические симптомы менингита:

- А) лихорадка
- Б) головная боль
- В) рвота
- Г) симптом Ортнера
- Д) экзантема

6. Плотный бесполостной элемент, возвышающийся над уровнем кожи с плоской или куполообразной поверхностью, это

- а) везикула
- б) розеола
- в) папула
- г) чешуйка

7. При скарлатине сыпь имеет характер:

- а) папулезный
- б) мелкопятнистый
- в) розеолезный
- г) везикулезный

8. Сыпь не пигментируется при:

- а) краснухе
- б) кори
- в) скарлатине
- г) брюшном тифе

9. Краснуха наиболее опасна:

- а) для беременных женщин в первом триместре беременности
- б) для беременных женщин в последнем триместре беременности
- в) для детей
- г) для пожилых людей

10. Какие клинические признаки свойственны опоясывающему герпесу:

- а) боль по ходу высыпаний
- б) гепатомегалия
- в) лихорадка
- г) насморк

11. Укажите особенности ветряной оспы у взрослых

- а) выражен продромальный период
- б) болезнь протекает легко
- в) тяжелое течение болезни

г) выражены катаральные симптомы

12. Везикулезная сыпь встречается при

- а) ветряной оспе
- б) экземе Капоши
- в) ящуре
- г) брюшном тифе

Эталоны ответов:

1 - б 2 - а 3 - д 4 - а,б,г,д 5 - а,б,в; 6 - в 7 - б 8 - а 9 - а 10 - а,в 11 - а,в 12 - а,б,в

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляр ов в библиотеке	Нали чи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2- х томах.	Под ред.О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р- Медиа, 2020.	7	+ ЭБ С Консул тант врача

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземп ля ров в библио те ке	На ли чи е в ЭБ С
1	2	3	4	5	6
1	Семейна я медицин а. Избранн ые лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970432655.html	2	+ ЭБ С Конс ульт ант врач а

3	Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970427354.htm	-	+ ЭБС Консультант врача
4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970428924.html	1	+ ЭБС Консультант врача
5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru	-	+ ЭБС Консультант врача
6	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970434086.html	-	+ ЭБС Консультант врача

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.3: Вирусные гепатиты в общей врачебной практике

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых для при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с вирусными гепатитами в условиях общей врачебной практики.

Задачи:

- рассмотреть спектр заболеваний из группы вирусных гепатитов;
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с вирусными гепатитами ;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, дифференциальный диагноз и алгоритм ведения пациентов с вирусными гепатитами в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации маршрута пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;

- сформировать навык проведения дифференциальной диагностики и организации ведения пациентов с вирусными гепатитами в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать: определение основных понятий; принципы; проведения дифференциального диагноза; спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза; основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме, роль и задачи ВОП/СВ; основные причины увеличения лимфоузлов, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики заболеваний включенных в дифференциальный ряд; маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы и тактику ведения пациента соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: собрать эпидемиологический анамнез; выявить и оценить характер гепатолиенального синдрома; применить алгоритм проведения дифференциального диагноза; проводить скрининг, диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, составлять план обследования и ведения пациента; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками проведения дифференциального диагноза; методиками осмотра пациента, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Этиологические особенности возбудителей вирусного гепатита А и Е, В, С, Д.
2. Современные эпидемиологические черты гепатита А и Е.
3. Обмен билирубина в норме в организме человека.
3. Основные фазы патогенеза вирусных гепатитов.
4. Клинические формы и варианты продромального периода гепатита А и Е.
5. Специфическая диагностика вирусных гепатитов
6. Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов.
7. Современные методы лечения.
8. Причины хронизации при ВГВ, ВГС, ВГД
9. Морфологические изменения в печени при развитии хронического гепатита
10. Особенности течения вирусных гепатитов у беременных.
11. Особенности течения вирусных гепатитов у детей и пожилых лиц.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практического навыка дифференциальной диагностики вирусных гепатитов)

- 1) Работа с пациентами (провести объективный осмотр, выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциально-диагностический ряд, определить тактику врача общей практики, осуществить интерпретацию имеющихся данных лабораторно-инструментального обследования).
- 2) Составить таблицу дифференциальной диагностики вирусных гепатитов

Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной М., 33 лет, обратился на 8-й день болезни с жалобами на слабость, раздражительность, поверхностный ночной сон, отсутствие аппетита, тошноту, тупые боли в правом подреберье, желтуху кожи и склер, темную мочу и светлый стул. Заболел остро, когда появились лихорадка до 38,5°C (3 дня), незначительный насморк (2 дня), слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота, тяжесть в области печени. На 7-й день болезни появились желтуха кожи и склер, темная моча и светлый стул; самочувствие при этом не изменилось. На 8-й день болезни больной стал раздражительным, ухудшился ночной сон. Эпиданамнез: живет один в частном доме, пьет некипяченую воду. Из анамнеза: ранее «желтухой» не болел, более 10 лет курит и злоупотребляет алкоголем, правила личной гигиены не соблюдает, среди «товарищей» недавно были случаи «желтухи»; половые связи без предохранения и парентеральные вмешательства в течение последних 6 мес. отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. ВО времени, месте и себе ориентирован. Вес 60 кг. Кожа и слизистые ярко желтушны, на руках и ногах – мелкоточечная геморрагическая сыпь. В легких дыхание везикулярное, шумов и хрипов нет. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны; шумов нет. Пульс = ЧСС = 60 уд/мин. АД 110/60 мм Нг. Язык влажный, обложен налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 5,0 см выступает из-под края ребра по правой среднеключичной линии, край уплотнен, чувствителен. Селезенка – пальпируется нижний полюс. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, отеков нет. Со слов моча насыщенно темная, диурез снижен, кал светлый.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения, профилактики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. «Вирусный гепатит А?, микст гепатит? желтушная форма, тяжелой степени тяжести». Обоснование: диагноз поставлен на основании эпид.анамнеза (ранее «желтухой» не болел, правила личной гигиены не соблюдает, среди «товарищей» недавно были случаи «желтухи»), клиники (острое начало, короткий – 6 дней – продромальный период по смешанному типу с гриппоподобными и диспепсическими явлениями, синдромы: тяжелой печеночной интоксикации с нарушением функций ЦНС и развитием геморрагий, выраженной желтухи, гепато-, спленомегалии). Этиологию заболевания можно подтвердить обнаружением в крови маркеров гепатитов – анти-HAVIgM (ИФА), HAVRNA (ПЦР) и маркеров ГВ,С,дельта.
2. Дифференциальный диагноз – с другими заболеваниями, протекающими с тяжелым поражением печени – вирусные гепатиты (В, D, E), лептоспироз, токсические гепатопатии (алкоголь, лекарства, грибы и др.).
3. Вызов СМП, госпитализация в инфекционный стационар. Экстренное извещение в ЦСЭН. Основными профилактическими мероприятиями при гепатите А являются санитарно-гигиенические, направленные на разрыв механизма передачи возбудителя. Важное значение имеет соблюдение правил личной гигиены. Ранняя диагностика больных гепатитом А в преджелтушном периоде, основанная на выявлении гепатомегалии и повышении активности АлАТ, способствует предотвращению заражения окружающих. Инфицированные лица изолируются на 28 дней от начала болезни. Законтakтными устанавливается наблюдение в течение 35 дней. Контактным лицам в течение первых 14 дней после возможного заражения показана иммуноглобулинопрофилактика (пассивная иммунизация). Для этих целей внутримышечно вводят 1,5 мл 10% нормального человеческого иммуноглобулина. Для создания активного иммунитета против гепатита А применяют живые и инактивированные вакцины, которые вводят двукратно в/м с интервалом 1 мес. Защитный иммунитет сохраняется до 10 лет.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной А., 12 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Приглашен на осмотр в связи со случаем заболевания “ желтухой ” одноклассника. При тщательном опросе выяснилось, что до обследования в течении 7-8 дней мальчик чувствовал себя неважно, была слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, один раз рвота. Из-за плохого самочувствия перестал играть в футбол. В школу ходил. Температуру не измерял и не ощущал. Темной мочи и изменения окраски не видел, желтухи окружающие и родители не видели. При объективном обследовании состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс 72 удара в минуту ритмичный. Печень средней плотности, на 1,5 см ниже края рёберной дуги. Селезёнка у края рёбер. Моча и кал нормальной окраски

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная Р., 30 лет. Заболевание развилось постепенно. Ухудшился аппетит, появились тошнота, рвота, чувство тяжести в эпигастриальной области, слабость, головная боль. Такое состояние продолжалось 4 дня. На 5-й день болезни появилось желтушное окрашивание кожи и склер, в связи с чем вызвала на дом врача. Из анамнеза жизни выяснено, что последние 3 года периодически беспокоила боль в правом подреберье, особенно после жирной пищи. За 5 месяцев до заболевания – случайная половая связь. При поступлении в клинику (6-й день болезни) общее состояние больной средней тяжести. Жалобы на выраженную слабость, головную боль, головокружение, тревожный ночной сон, сонливость днём, изжогу. При первичном осмотре: вялая, адинамичная, сонлива, неохотно отвечает на вопросы. Телосложение правильное. Интенсивно выражено желтушное окрашивание склер и кожи. Язык сухой, обложен белым налётом. Отёков, геморрагий, расчёсов на коже нет. Лимфатические узлы не увеличены. При исследовании органов дыхания патологические изменения не обнаружены. Тоны сердца чистые, ясные. Границы сердца не нарушены. Пульс ритмичный, удовлетворительных качеств 90 ударов в минуту. АД 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, печень увеличена, выступает из – под рёберной дуги на 1см. Верхняя граница печёночной тупости на уровне VI ребра. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, противоэпидемические мероприятия, принципы лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Больной М. 20-ти лет, лечился по поводу ОРЗ амбулаторно, в течении 3-х дней. При очередном осмотре предъявил жалобы на ухудшение аппетита, возрастающую слабость, несмотря на нормализацию температуры тела и полное исчезновение проявлений ринофарингита. Лечащий врач обнаружил увеличение размеров печени, лёгкую желтушность склер.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

В., 26 лет, состоит на учете в СПИД-центре с 2005 г., но регулярно не наблюдался. 2 месяца назад госпитализирован в противотуберкулезный диспансер по поводу диссеминированного туберкулеза легких, получает противотуберкулезные препараты. Имеется орофарингеальный кандидоз. В 2005 г. выявлен и вирусный гепатит В. В настоящее время клинических проявлений гепатита нет, лабораторные показатели следующие:

1. HBeAg-, HBeAb+, HBsAg+, IgManti-HBcor-.
2. ДНК ВГВ менее 10^3 копий/мл.
3. АлАТ 31 Ед/мл, ПТИ 80%, белок 70 г/л
4. CD4+ лимфоциты – 120 клеток
5. ВН РНК ВИЧ 600 000 коп/мл
6. Эластография печени: фиброз F1 по шкале METAVIR

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз можно поставить пациенту?
2. Определить дальнейшую тактику.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Противоэпидемические мероприятия
О	-	
В	4	Профилактические мероприятия
Э	-	

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

1. Этиологические особенности возбудителей вирусного гепатита В, D, С.
2. Современные эпидемиологические черты гепатита В, D, С .
3. Обмен билирубина в норме и при патологии.
4. Основные фазы патогенеза вирусных гепатитов.
5. Клинические формы и варианты продромального периода гепатита В и С.
6. Специфическая диагностика вирусных гепатитов
7. Дифференциальная диагностика желтух
8. Современные методы лечения хронических вирусных гепатитов
9. Вирусные циррозы. Этиологические особенности, патогенез циррозов печени.
10. Основные синдромы и симптомы при циррозе печени.
11. Компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный цирроз печени.
12. Диагностика и принципы лечения цирроза печени.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выполнить тестовые задания.

Вариант 1

1. В ОТНОШЕНИИ ГЕПАТИТА ДЕЛЬТА ХАРАКТЕРНО

- А) репликация вируса возможна при наличии HBsAg
 - Б) часто маркеры ВГД выявляются у больных циррозом печени
 - В) при супер-инфекции ВГВ+ВГД развиваются атипичные формы болезни
 - Г) ВГД тяжело протекает у беременных
 - Д) Ко-инфекция ВГВ+ВГД имеет легкое течение с большей вероятностью хронизации
- ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ

2. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение активности трансаминаз
- Б) гипербилирубинемия
- В) нарушение синтеза глобулинов
- Г) нарушение синтеза альбуминов
- Д) повышение содержания холестерина

3. ПРИ ГЕПАТИТЕ В в КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ

- А) HBsAg
- Б) HBeAg
- В) HBcAg
- Г) anti-HBs
- Д) anti-HBcorIgM

4. ДЛИТЕЛЬНАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ HBsAg ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО гепатита В ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ

- А) хронизации процесса
- Б) активной репликации вируса
- В) контагиозности крови
- Г) обострения процесса
- Д) усугубления тяжести заболевания

5. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- А) инфицирование возбудителями ВГ чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни
- Б) возбудитель ВГС быстро выводится из организма
- В) вирус ВГВ часто обнаруживается в воде
- Г) возбудитель ВГС является флавивирусом
- Д) дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С

6. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ ПРИ ВГ

- А) лейкопения
- Б) ускорение СОЭ
- В) гипербилирубинемия
- Г) гиперферментемия (АЛТ, АСТ)
- Д) повышение креатинина

7. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

- А) увеличение печени
- Б) тахикардия
- В) сокращение размеров печени
- Г) сонливость днем
- Д) геморрагии

8. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение в крови уровня сывороточного железа
- Б) повышение в крови уровня свободного билирубина
- В) повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы
- Г) повышение активности АлАТ, АсАТ
- Д) снижение показателя сулемовой пробы

9. ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ гепатите Е

- А) водный
- Б) парентеральный
- В) половой
- Г) через укус комаром
- Д) воздушно-пылевой

10. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ГЕПАТИТА Е МОГУТ БЫТЬ

- А) люди
- Б) свиньи
- В) мыши
- Г) рыбы
- Д) утки

Ответы:

1 - а 2 - а 3 - а,б,в 4 - г 5 - г 6 - а,в,г 7 - в,г,д 8 - а 9 - а 10 - а,б,в

Вариант 2

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ ВГВ В КРОВИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ

- А) HBsAg
- Б) HBeAg
- В) HBcAg
- Г) anti-HBs
- Д) anti-HBcorIgM

2. ДЛИТЕЛЬНАЯ ЦИРКУЛЯЦИЯ HBsAg ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕПАТИТА В ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ

- А) хронизации процесса
- Б) активной репликации вируса
- В) контагиозности крови
- Г) обострения процесса

Д) усугубления тяжести заболевания

3. ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е ХАРАКТЕРНО

- А) латентный вариант продромального периода
- Б) тяжелое течение у беременных женщин
- В) длительное носительство вируса у детей
- Г) хроническое течение
- Д) связь с гемотрансфузиями

4. ИСХОДОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) формирование вирусоносительства
- Б) полное клиническое выздоровление
- В) развитие хронического гепатита
- Г) развитие синдрома Жильбера
- Д) цирроз печени

5. МАРКЕРОМ ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) Anti-HAV IgG
- Б) Anti-HCV
- В) HBeAg
- Г) Anti-HAV IgM
- Д) Anti-HBS Ag

6. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) общий билирубин
- Б) белковые фракции крови
- В) ферменты АЛТ, АСТ
- Г) щелочная фосфатаза
- Д) холестерин

7. ГЕПАТИТ А ВЫЗЫВАЕТСЯ

- А) дельта-вирусом
- Б) энтеровирусом
- В) арбовирусом
- Г) вирусом Эпштейна-Барр
- Д) ретровирусом

8. СИТУАЦИИ, ВОЗМОЖНЫЕ ДЛЯ ЗАРАЖЕНИЯ ГЕПАТИТА А

- А) стерильная пункция
- Б) гемотрансфузия
- В) купание в открытом водоеме
- Г) стоматологические манипуляции
- Д) забор крови у доноров

9. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- А) инфицирование возбудителями ВГ чаще приводит к развитию клинически выраженных форм болезни
- Б) возбудитель ВГС быстро выводится из организма
- В) вирус ВГВ часто обнаруживается в воде
- Г) возбудитель ВГС является флавивирусом
- Д) дельта-вирус способен репродуцироваться только в присутствии вируса гепатита С

10. ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КРОВИ ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ

- А) лейкопения
- Б) ускорение СОЭ

- В) гипербилирубинемия
 Г) гиперферментемия (АЛТ, АСТ)
 Д) повышение креатинина

11. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

- А) увеличение печени
 Б) тахикардия
 В) сокращение размеров печени
 Г) сонливость днем
 Д) геморрагии

12. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ПРОЯВЛЕНИЕМ ХОЛЕСТАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение в крови уровня сывороточного железа
 Б) повышение в крови уровня свободного билирубина
 В) повышение уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы
 Г) повышение активности АлАТ, АсАТ
 Д) снижение показателя сулемовой пробы

Ответы:

1 - а 2 –а 3 – б,г 4 - б 5 - г 6 - в 7 - в 8 – в 9 - г 10 –а,в,г 11 – в,г,д 12 - а

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	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р-Медиа, 2020.	7	+ ЭБС Консультант врача

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-

32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970432655.html	2	+ ЭБ С Конс ульт а нт врач а
3	Оториноларинг ология. Национальное	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970427354.ht	-	+ ЭБ С Конс
	руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]				ульт та нт врач а
4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970428924.html	1	+ ЭБ С Ко нс ульт та нт врач а
5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru	-	+ ЭБ С Ко нс ульт та нт врач а
6	Гастроэнтероло гия [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970434086.html	-	+ ЭБ С Ко нс ульт та нт врач а

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.4: Особо опасные (карантинные) инфекции

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам при подозрении на особо опасные (карантинные) инфекции в амбулаторных условиях.

Задачи:

- рассмотреть спектр заболеваний из группы особо опасных инфекций (чума, холера, сибирская язва, и инфекции 2й гр);
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи ВОП/СВ при оказании помощи пациентам при подозрении на особо опасные (карантинные) инфекции в амбулаторных условиях;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, дифференциальный диагноз и алгоритм ведения пациентов при подозрении на особо опасные (карантинные) инфекции в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации маршрута пациента и противоэпидемическим мероприятиям с применением основных положений актуальных рекомендаций и нормативных документов;
- сформировать навык проведения дифференциальной диагностики и организации ведения пациентов и противоэпидемических мероприятий при подозрении на особо опасные (карантинные) инфекции в амбулаторных условиях.

Обучающийся должен знать: определение основных понятий: особо опасные инфекции; принципы проведения дифференциального диагноза; спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза; основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме, роль и задачи ВОП/СВ; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики заболеваний включенных в дифференциальный ряд; маршрутизацию; принципы и тактику ведения пациента, противоэпидемические мероприятия соответственно действующим нормативным документам.

Обучающийся должен уметь: собрать эпидемиологический анамнез; применить алгоритм проведения дифференциального диагноза; проводить скрининг, диагностику заболевания; выявлять факторы риска, осуществлять противоэпидемические мероприятия; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения нормативных актов по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, определять маршрут пациента; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками проведения дифференциального диагноза; методикой проведения противоэпидемических мероприятий на участке, методиками осмотра пациента, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Назовите основные морфологические и биохимические свойства возбудителя сибирской язвы их свойства, факторы патогенности.
2. Назовите основные морфологические и биохимические свойства возбудителя чумы, их свойства, факторы патогенности.
3. Назовите основные морфологические и биохимические свойства возбудителя холеры, их свойства, факторы патогенности.
4. Укажите источники инфекции при сибирской язве.
5. Укажите источники инфекции при чуме
6. Укажите источники инфекции при холере
7. Перечислите пути и факторы передачи указанных инфекций.
8. Сущность патофизиологических и патоморфологических изменений в органах и тканях, возникающих при сибирской язве, чуме, холере.
9. Укажите основные клинические периоды сибирской язвы, чуме, холере и их продолжительность.
10. Укажите основные клинические симптомы продромального периода при данных инфекциях.
11. Дайте характеристику клинических симптомов сибирской язвы, чуме, холере в периоде разгара.
12. Назовите критерии тяжести состояния при сибирской язве, чуме, холере.
13. Сущность патофизиологических и патоморфологических изменений в органах и тканях, возникающих при чуме.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя).*

Работа с пациентами (провести объективный осмотр, выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциально-диагностический ряд, определить тактику врача общей практики, осуществить интерпретацию имеющихся данных лабораторно-инструментального обследования).

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 40 лет, Болен первый день. Заболевание началось ночью, когда появился частый, жидкий, водянистый стул с хлопьями, через несколько часов присоединилась неукротимая рвота. Дома все здоровы. Со слов больного, причиной заболевания может быть употребление несвежей курицы, которую он ел в самолете. Накануне больной вернулся из командировки в Южную Америку.

Объективно: состояние тяжелое. Черты лица заострены. Глаза запавшие. Температура 35,0 °С. Больной в сознании, но очень вялый. Афония. Кожа холодная на ощупь, покрыта липким потом.

Диффузный цианоз. В приемном покое несколько раз была рвота. Слизистые сухие, яркие. Язык сухой, обложен белым налетом. Тургор кожи резко снижен. Тоны сердца приглушены. Периферический пульс и артериальное давление не определяются. Дыхание аритмичное, поверхностное, ЧДД - 46 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, урчащий. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было в течение 2 часов. Больной не мочился уже 6 часов. Пальцы рук периодически сводит судорогой.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения, профилактики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Холера, типичная форма, тяжелой степени тяжести. Гиповолемический шок. (на основании клинико-анамнестических данных с учетом эпиданамнеза)
2. Дифференцируют с вирусными гастроэнтеритами, сальмонеллезом. Основные опорные признаки холеры: эпид. анамнез, начало заболевания с диареи, рвота присоединилась позднее, отсутствие температуры, нет вздутия и болей в животе, водянистый характер стула, быстрое обезвоживание.
3. Сообщить в ЦГСЭН (МЗ РФ), изолировать больного, выявить контактных и госпитализировать их для обследования (трехкратное бак. исследование), медицинского наблюдения и превентивного лечения на 5 дней, в транспортных средствах (самолет) проводятся дезинфекционные мероприятия. Госпитализировать с соблюдением противоэпид. мероприятий. Неотложные мероприятия – проведение регидратации (полионные растворы "Квартасоль", "Ацесоль", "Трисоль", в подогретом до 38°C виде, в две и более вены в объеме 10% от массы тела. Первые 2-4 литра струйно (100-120 мл/мин), затем капельно (30-50 мл/мин). Второй этап регидратации проводится в объеме выделяемых испражнений и рвотных масс. Тетрациклин 0,5 г через каждые 6 часов. Противоэпидемические мероприятия в очаге, провизорное лечение контактных. Диспансерное наблюдение: 1 месяц – бак. исследование кала 1 раз в 10 дней и однократно желчи, 2 и 3 мес. – бак. исследование кала 1 раз в месяц.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной К., 27 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, повышение температуры до 37,5°C, появление резкого отека правой кисти. Из анамнеза: 4 дня назад заметил на правой кисти небольшое плотноватое зудящее пятно, которое принял за укус комара. На следующий день на месте пятна образовался пузырек с геморрагическим экссудатом, зуд усилился. При расчесывании пузырек лопнул и на его месте образовалась язва, быстро покрывшаяся черной коркой. Самочувствие стало ухудшаться: появились слабость, головная боль, температура тела поднялась до 37,8°C.

Эпиданамнез: больной постоянно живет в Москве. Никуда не выезжал. Работает скорняком в кооперативе. Контакт с инфекционными больными отрицает.

При осмотре: кисть правой руки резко отечна, пальпация её безболезненна. На тыльной поверхности имеется темно-коричневая корка, вокруг корки – темно-багровый венчик, на котором видны пузырьки с прозрачным содержимым. Пальпация корки и области отека безболезненна. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные, чувствительные при пальпации.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Тактика участкового врача.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

В Румском районе южной республики существует природный очаг чумы. В течение 7 дней среди местных жителей зарегистрированы 3 случая заболевания чумой (2 случая бубонной формы чумы и 1 случай вторично-легочной формы). Больные доставлены в районную инфекционную больницу.

Вопросы:

1. дайте оценку эпидемической ситуации, сложившейся в районе;

- письменно определите алгоритм проведения и содержание профилактических и противоэпидемических мероприятий, соответственно российским и международным нормативным документам;
- рассчитайте возможные санитарные потери, сформировав запрос на дополнительные сведения ; В ходе решения задачи при правильной формулировке запроса на недостающие данные студенты получают дополнительный материал.

Пример дополнительных сведений

В районе проживает 1400 человек, из них контактировали с больными 3% населения. Санитарно-противоэпидемическая подготовка населения была удовлетворительной, население иммунизировано против чумы, экстренная профилактика не проводилась.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

В офисе частной компании секретарь при работе с входящей корреспонденцией вскрыла конверт, в котором оказался белый порошок, рассыпавшийся на столе.

Вопросы (перечень вопросов может выдаваться не единым блоком):

- дайте оценку сложившейся ситуации;
- сформируйте запрос на дополнительные сведения;
- письменно составьте план действий в соответствии с российскими и международными нормативными документами;
- рассчитайте возможные санитарные потери;
- обоснуйте необходимость проведения экстренной профилактики и определите объемы ее проведения, медицинские иммунобиологические препараты, которые следует использовать.

Пример дополнительных сведений

В порошке, направленном на экспертизу, обнаружены споры возбудителя сибирской язвы. Офис находится на втором этаже трехэтажного особняка, имеет систему приточно-вытяжной вентиляции. В офисе компании работает 7 человек. В момент вскрытия конверта в помещении находились 3 сотрудника. Работал кондиционер, все двери в помещении были закрыты. Санитарно-противоэпидемическая подготовленность сотрудников неудовлетворительная.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Противоэпидемические мероприятия
О	-	
В	4	Профилактические мероприятия
Э	-	

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
 - Ответить на вопросы для самоконтроля
- Опишите специфические осложнения, характерные для сибирской язвы.
 - Дайте характеристику методов лабораторной диагностики при сибирской язве.

3. Укажите сроки забора материала для бактериологического и серологического обследования больного, экспресс-методы.
4. Перечислите основные мероприятия в очаге сибирской язвы, чумы.
5. Современные эпидемиологические черты холеры.
6. Классификация холеры, мероприятия в очаге.
7. Неотложная терапия при 3 степени дегидратации при холере.
8. Назовите методы экстренной, специфической и неспецифической профилактики сибирской язвы, чумы, холеры.
9. Проведите дифференциальный диагноз бубонной формы чумы и туляремии.
10. Назовите неинфекционные заболевания, протекающие с увеличением ЛУ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выполнить тестовые задания.

Вариант 1

1. Инкубационный период чумы длится:

- а) 30 дней
- б) 2-6 дней
- в) 21 день
- г) 180 дней
- д) 240 дней

2. Для лечения чумы применяют:

- а) стрептомицин
- б) сульфаметоксазол и триметоприм
- б) тетрациклин
- в) левомицетин
- г) пенициллин

3. Переносчиком чумы являются:

- а) блоха
- б) муха
- в) иксодовые клещи
- г) оводы
- д) вошь

4. Особую опасность представляют больные:

- а) легочной формой
- б) кожной формой
- в) бубонной формой
- г) кишечной формой

5. Резервуаром чумы являются:

- а) крысы
- б) суслики
- в) турбаганы
- г) зайцы
- д) медведи

6. Характеристика первичного аффекта при туляремии:

- а) сначала появляется болезненное или зудящее красное пятно
- б) этапы развития пятно-папула-везикула-пустула-язва-корочка-рубец
- в) этапы развития везикула-пустула-язва-корочка-рубец
- г) этапы развития пустула-язва-корочка-рубец
- д) образующаяся язва окружена воспалительными изменениями кожи (отечность, гиперемия, зуд).

7. Признаки лимфаденита при туляремии:

- а) лимфатические узлы не спаяны с окружающими тканями и между собой
- б) лимфатические узлы спаяны с окружающими тканями и между собой
- в) болезненность их выражена умеренно
- г) нагноение их происходит к концу 2-й или на 3-й неделе
- д) нагноение узлов происходит всегда

8. В развитии диареи при холере ведущую роль играет

- а) шига-токсин;
- б) энтеротоксин;
- в) эндотоксин;
- г) цитотоксин.

9. В качестве этиотропных средств при холере целесообразно применять

- а) аминогликозиды;
- б) цефалоспорины;
- в) макролиды;
- г) тетрациклины.

10. Источником инфекции при холере являются

- а) животные, больные холерой, носители холерного вибриона;
- б) животные;
- в) больные холерой;
- г) животные, больные холерой.

Ответы:

1 - б 2 – ав 3 – а 4 – а 5 – абвгб –абд 7-авг; 8 – б; 9-г;4; 10- в.

Вариант 2

Выберите один правильный ответ

1. Средняя продолжительность инкубационного периода при сибирской язве:

- а) 1-2 дня
- б) 2-3 дня
- в) 3-5 дней
- г) 5-10 дней

2. Назовите характерные эпидемиологические признаки сибирской язвы:

- а) заражение возможно при выделке шкур
- б) контакт с лихорадящими больными
- в) посещение заброшенных скотомогильников
- г) завшивленность

3. Назовите наиболее характерный симптом для кожной формы сибирской язвы:

- а) обильная розеолезная сыпь на коже
- б) разлитая гиперемия вокруг карбункула
- в) воспаление волосяного фолликула
- г) безболезненный карбункул

4. Для диагностики сибирской язвы применяют:

- а) бактериоскопический метод
- б) проба Бюрне
- в) бактериологический метод
- г) проба Райта

5. В лечении больных сибирской язвой используются:

- а) антибиотики

- б) сульфаниламиды
- в) бактериофаг
- г) специфический иммуноглобулин

6. Ведущим звеном патогенеза холеры является:

- а) вибрионемия
- б) токсемия
- в) гиповолемия
- г) гипоксемия
- д) печеночно–клеточная недостаточность

7. Препараты пенициллинового ряда применяются для лечения:

- а) чумы
- б) иксодового клещевого боррелиоза
- в) сибирской язвы
- г) лептоспироза
- д) туляремии

8. При обезвоживании III степени у взрослых процент потери массы тела составляет:

- а) 1-3%
- б) 4-6%
- в) 7-9%
- г) свыше 10%

9. С целью регидратации при холере назначают:

- а) 5% раствор глюкозы
- б) реополиглюкин
- в) раствор «Трисоль»
- г) гемодез

10. При проведении патогенетической терапии холеры используют:

- а) глюкокортикостероиды
- б) сердечные гликозиды
- в) полиионные солевые растворы
- г) кишечные антисептики

Ответы:

1 - а; 2 – аб ; 3 – г; 4 – б,в; 5 – а; 6 - в; 7– б,в,г; 8-г; 9 -в; 10-г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляр ов в библиотек е	Нали чи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2- х томах.	Под ред.О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р- Медиа, 2020.	7	+ ЭБ С Консул ьта нт вра ча

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземп ля ров в	На ли чи е в ЭБ С
				библио те ке	
1	2	3	4	5	6
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN N 9785970432655.html	2	+ ЭБ С Конс ульт а нт врач а
3	Оториноларинг о логия. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN N 9785970427354.ht	-	+ ЭБ С Ко нс ульт а нт врач а
4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN N 9785970428924.html	1	+ ЭБ С Ко нс ульт а нт врач а
5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru	-	+ ЭБ С Конс ульт а нт врач а

6	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970434086.html	-	+ ЭБ С Ко нс ульт тан т вра ча

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.5: Паразитарные болезни и основные инфекции, наиболее часто встречающиеся в популяции и в регионе

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам при подозрении на паразитарные болезни и инфекции в амбулаторных условиях.

Задачи:

- рассмотреть спектр заболеваний из группы паразитарные болезни (гельминтозы и одноклеточные микроорганизмы);
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи ВОП/СВ при оказании помощи пациентам при подозрении на паразитарные болезни в амбулаторных условиях;

- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, дифференциальный диагноз и алгоритм ведения пациентов при подозрении на паразитарные болезни в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации маршрута пациента и противоэпидемическим мероприятиям с применением основных положений актуальных рекомендаций и нормативных документов;
- сформировать навык проведения дифференциальной диагностики и организации ведения пациентов и противоэпидемических мероприятий при выявлении паразитарных заболеваний в амбулаторных условиях.

Обучающийся должен знать: определение основных понятий; принципы; проведения дифференциального диагноза; спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза; основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме, роль и задачи ВОП/СВ; основные причины увеличения лимфоузлов, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики заболеваний включенных в дифференциальный ряд; маршрутизацию; принципы и тактику ведения пациента, противоэпидемические мероприятия соответственно действующим документам.

Обучающийся должен уметь: собрать эпидемиологический анамнез; применить алгоритм проведения дифференциального диагноза; проводить скрининг, диагностику заболевания; выявлять факторы риска, осуществлять противоэпидемические мероприятия; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения нормативных актов по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, определять показания для госпитализации, консультации специалистов и маршрут пациента; составлять план обследования и лечения; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками проведения дифференциального диагноза; методиками осмотра пациента, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента в амбулаторных условиях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Классификация паразитозов.
2. Достижения медицинской науки в изучении гельминтозов.
3. Гельминтозы. Основные черты эпидемиологии.
4. Общие клинические закономерности гельминтозов.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при гельминтозах.
6. Клинические проявления основных часто встречаемых гельминтозов (аскаридоз, энтеробиоз, трихинеллез, дифиллоботриоз, тениоз, тениаринхоз, гименолепидоз, альвеококкоз, эхинококкоз, токсоплазмоз, описторхоз, клонорхоз, фасциолез, шистосомоз, филяриотоз).
7. Современная классификация.
8. Принципы диагностики и лечения гельминтозов.
9. Правила динамического наблюдения за больными, получившими лечение по поводу гельминтоза.
10. Профилактика гельминтозов.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя)

- 1) Работа с пациентами (провести объективный осмотр, выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциально-диагностический ряд, определить тактику врача общей практики, осуществить интерпретацию имеющихся данных лабораторно-инструментального обследования).
- 2) Составить таблицу дифференциальной диагностики гельминтозов

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1.

Больная К., 50 лет, жалобы на кашель с выделением слизистой мокроты, периодические боли в грудной клетке, одышку при физической нагрузке, повышение температуры до 38°C, слабость, недомогание. Заболела остро 2 дня назад, когда повысилась температура до 37,2°C, появился сухой кашель. Первоначально осмотрена в кабинете неотложной помощи был поставлен диагноз «ОРЗ», лечилась амбулаторно симптоматическими средствами. Через 2 дня состояние ухудшилось, сохранялась субфебрильная температура, кашель стал влажным с выделением слизистой мокроты, появились боли в грудной клетке, одышка при физической нагрузке. Эпид. анамнез: живет в деревне, в частном доме, имеет свой приусадебный участок, правила личной гигиены соблюдает не всегда. Контакт с инфекционными больными отрицает.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, больная в сознании, вялая. Кожные покровы физиологической окраски, на разгибательных поверхностях предплечий мелкие уртикарные зудящие элементы. Периферические лимфоузлы (переднешейные, надключичные, подмышечные) увеличены до 1,5 см в диаметре, плотно-эластичной консистенции, безболезненные при пальпации. В легких дыхание жесткое, множественные сухие и влажные хрипы, ЧД - 22 в минуту. При перкуссии легких - очаги притупления легочного звука с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 78 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации. Печень у края реберной дуги, эластичной консистенции, безболезненная. Селезенка не увеличена. Стул коричневый, полуоформленный, 1-2 раза в сутки, без патологических примесей. Моча светло-желтая, диурез обычный.

В ОАК: лейкоциты - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 50%, эозинофилы - 24%, лимфоциты - 25%, СОЭ - 10 мм/ч.

На рентгенограмме грудной клетки: справа и слева по всем легочным полям определяется множество инфильтратов размерами от 2 до 5 см. Корни структурны.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения, профилактики.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Острый описторхоз, средней степени тяжести. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, особенностей эпид. анамнеза (употребление в пищу вяленой рыбы из Сибири), развитие интоксикационно-воспалительного синдрома (фебрильная лихорадка, недомогание, слабость, приглушение сердечных тонов, тахикардия, в крови - лейкоцитоз, повышение СОЭ), гепатомегалии, сопровождающейся болью в правом подреберье и синдромом желтухи (иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, потемнение мочи), поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, боли в эпигастрии, кашицеобразный стул 2-3 раза в день), аллергических реакций (пятнисто-папулезная, зудящая экзантема, эозинофилия). Заражение больной произошло при употреблении вяленой рыбы.
2. Дифференциальная диагностика проводится с вирусными гепатитами, псевдотуберкулезом и иерсиниозом, сальмонеллезом, тифопаратифозными заболеваниями, трихинеллезом и другими гельминтозами, гепатохолангитами и холециститами другой этиологии.
3. Госпитализация с целью дообследования и лечения. План обследования больной: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (билирубин, ферменты), копрограмма, кал на яйца глист, бактериологический посев кала, дуоденальное зондирование с исследованием желчи на яйца описторхисов, серологическое исследование крови методом ИФА на описторхоз, УЗИ органов брюшной полости. Специфическое лечение описторхоза: празиквантел в дозе 75 мг/кг, после еды, в 3 приема, в течение 1 суток. Профилактика заболевания: запрещение употребления сырой или полусырой рыбы, санитарный надзор за приготовлением рыбных

продуктов (термическая обработка, замораживание, копчение и соление в соответствии с рекомендациями), защита водоемов от фекального загрязнения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Больной М, 20 лет, студент. Обратился на прием 29.10 с жалобами на боли в мышцах верхних и нижних конечностей, высокую температуру, общую слабость, жажду, отеки век по утрам. Заболел 23.10, когда появились общая слабость, боли в мышцах нижних конечностей, особенно при ходьбе, боли в языке. 25.10 заметил на туловище крупно- и мелкопятнистую сыпь, отеки век и лица.

Находился в геологической экспедиции в Кузбассе, где с 26.09 по 31.09 употреблял сырокопченое мясо медведя. Спустя 10-15 дней из участников экспедиции заболели 8 человек, употреблявших этот продукт.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 38,90С. Пастозность мышц верхних конечностей. Кисти рук отечны, болезненная пальпация тенора и гипотенора, болезненность и отечность икроножных мышц.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная Д., 17 лет, школьница. Обратилась на прием 10 ноября с жалобами на слабость, головокружение, периодические небольшие боли в животе, тошноту, слюнотечение, скрежет зубов по ночам, неустойчивый стул, высыпания типа крапивницы. Больна в течение 3-х месяцев. Общее состояние удовлетворительное, кожа чистая, бледная. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в околопупочной области, стул кашицеобразный, без примесей.

Летние каникулы провела в деревне, правила гигиены не соблюдала. Ела невымытые овощи со своего огорода, удобряемого из туалета надворного типа.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, противоэпидемические мероприятия, принципы лечения.

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Противоэпидемические мероприятия
О	-	
В	4	Профилактические мероприятия
Э	-	

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

1. Каковы основные паразитологические особенности различных классов гельминтов?
2. Расскажите об эпидемиологии, патогенезе кишечных гельминтозов:
3. аскаридоза, тениоза, тениаринхоза, энтеробиоза, диффилоботриоза.
4. Опишите механизмы и стадии развития часто встречаемых гельминтозов (аскаридоз, энтеробиоз, диффилоботриоз, тениоз, тениаринхоз, альвеококкоз, эхинококкоз, токсоплазмоз, трихинеллёз, описторхоз).
5. Какова современная классификация гельминтозов.
6. Объясните механизмы воздействия гельминтов на организм человека.
7. Опишите клиническую характеристику острой, латентной, хронической фазы инвазии при аскаридозе, энтеробиозе, диффилоботриозе, тениозе, тениаринхозе, альвеококкозе, эхинококкозе, токсоплазмозе, трихинеллёзе, описторхозе.
8. Каковы неблагоприятные исходы гельминтозов, осложнения.
9. Опишите диагностику гельминтозов.
10. Дайте характеристику профилактических и противоэпидемических мероприятий при различных гельминтозах.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

3) Выполнить тестовые задания.

Вариант 1

1. Зуд купальщика вызывается:

- а) церкариями шистосоматид водоплавающих птиц*
- б) личинками стронгилид
- в) микрофиляриями
- г) личинками анкилостомид собак

2. В какой морфологической форме циркулируют возбудители дирофиляриев по кровеносным сосудам человека:

- а) микрофилярий*
- б) яиц
- в) цист
- г) трофозоитов

3. *Taenia solium* – это

- а) цепень вооруженный (свиной)*
- б) цепень бычий, или цепень невооруженный
- в) цепень собачий
- г) цепень крысиный

4. В12-железодефицитная анемия развивается при:

- а) диффилоботриозе*
- б) трихинеллезе
- в) энтеробиозе
- г) аскаридозе

5. Белые подвижные червячки, вызывающие у больного зуд в перианальной области и беспокойство - длина около 1 см. – это гельминт _____:

- а) острица*
- б) аскарида
- в) карликовый цепень
- г) власоглав

6. Биологическим материалом для выявления возбудителя лямблиоза иммунохроматографическим тестом является

- а) кал*

- б) кровь
- в) моча
- г) дуоденальное содержимое

7. Больной гидатидозным эхинококкозом находится на диспансерном наблюдении в течение:

- а) 5 лет*
- б) 3 месяца
- в) 5 месяцев
- г) 3 года

8. Бычий цепень в организме окончательного хозяина прикрепляется с помощью

- а) присосок*
- б) ботрий
- в) крючьев
- г) ресничек

9. В жизненном цикле малярийных плазмодиев человек является

- а) промежуточным хозяином*
- б) окончательным хозяином
- в) факультативным хозяином
- г) резервуарным хозяином

10. В каком материале можно обнаружить вегетативную форму лямблий:

- а) свежий жидкий кал*
- б) оформленный кал
- в) моча
- г) кровь

Вариант 2

Выберите один правильный ответ

1. К природно-очаговым гельминтозам относят:

- А) описторхоз
- Б) аскаридоз
- В) Энтеробиоз
- Г) тениоз
- Д) тениаринхоз

2. Для диагностики гельминтозов не используют:

- А) копроовоскопия
- Б) УЗИ
- В) рентгенография легких
- Г) ИФА
- Д) бактериологический посев крови

3. Для дегельминтизации энтеробиоза применяют:

- А) хлоксил
- Б) фенасал
- В) фталазол
- Г) немозол
- Д) фуразолидон

4. Для хронической стадии описторхоза характерно

- А) Боли в правом подреберье
- Б) диспептические явления
- В) увеличение печени
- Г) болезненность в области поджелудочной железы
- Д) гиперэозинофилия

5. Для острой стадии гельминтозов характерна:

- А) лейкоцитоз
- Б) эозинофилия
- В) лихорадка
- Г) зудящая сыпь на коже
- Д) анэозинофилия

6. К биогельминтозам относится:

- А) описторхоз
- Б) трихинеллез
- В) тениоз
- Г) тениаринхоз
- Д) энтеробиоз

7. Человек заражается трихинеллезом при употреблении в пищу:

- А) фруктов и овощей
- Б) молока
- В) недостаточно термически обработанного мяса медведей
- Г) недостаточно термически обработанной рыбы
- Д) при контакте с больным человеком

8. Для острой стадии аскаридоза не характерно:

- А) лихорадка
- Б) поражение легких
- В) экзантема
- Г) кожный зуд
- Д) желтуха

9. Для лечения описторхоза применяют празиквантель в курсовой дозе:

- А) 25 мг/кг
- Б) 45 мг/кг
- В) 30 мг/кг
- Г) 60 мг/кг
- Д) 100 мг/кг

10. Для острой стадии токсокароза характерно:

- А) лихорадка
- Б) поражение легких
- В) кожный зуд
- Г) экзантема
- Д) развитие аппендицита

Эталоны ответов:

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

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляр ов в библиотек е	Нали чи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Общая врачебная практика: национальное	Под ред.О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и	М: ГЭОТА Р- Медиа, 2020.	7	+ ЭБ С Консул
	руководство в 2- х томах.	др.			ьта нт вра ча

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземп ля ров в библиот е ке	На ли чи е в ЭБ С
1	2	3	4	5	6
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970432655.html	2	+ ЭБ С Конс ульт а нт врач а
3	Оториноларинг ология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970427354.html	-	+ ЭБ С Ко нс ульт а нт вра ча
4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970428924.html	1	+ ЭБ С Ко нс ульт а нт вра ча

5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru	-	+ ЭБ С Конс ульт а нт врач а
6	Гастроэнтероло гия [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970434086.html	-	+ ЭБ С Ко нс ульт та нт вра ча

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.6: Наиболее частые инфекции у больных со сниженным иммунитетом

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых при оказании первичной медико-санитарной помощи при подозрении на инфекции у больных со сниженным иммунитетом

Задачи:

- рассмотреть спектр заболеваний по теме (ВИЧ-инфекция, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, Эпштейн-Барр-вирусная инфекция, криптоспоририоз, кандидозы, др.);
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи ВОП/СВ при оказании помощи при подозрении на инфекции у больных со сниженным иммунитетом в амбулаторных условиях;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, дифференциальный диагноз и алгоритм ведения пациентов с инфекциями на фоне сниженного иммунитета в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации маршрута пациента и противоэпидемическим мероприятиям с применением основных положений актуальных рекомендаций и нормативных документов;
- сформировать навык проведения дифференциальной диагностики и организации ведения больных со сниженным иммунитетом и противоэпидемических мероприятий в амбулаторных условиях.

Обучающийся должен знать: определение основных понятий; принципы; проведения дифференциального диагноза; спектр заболеваний, определяющих дифференциально-диагностический ряд и алгоритм проведения дифференциального диагноза; основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме, роль и задачи ВОП/СВ; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики заболеваний включенных в дифференциальный ряд; маршрутизацию; принципы и тактику ведения пациента, противоэпидемические мероприятия соответственно действующим документам.

Обучающийся должен уметь: собрать эпидемиологический анамнез; применить алгоритм проведения дифференциального диагноза; проводить скрининг, диагностику заболевания; выявлять факторы риска, осуществлять противоэпидемические мероприятия; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения нормативных актов по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, определять маршрут пациента; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками проведения дифференциального диагноза; методиками осмотра пациента, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования)

1. Иммунная система. Компоненты иммунной системы: центральные и периферические органы, специфические и неспецифические звенья. Функции различных составляющих иммунной системы.
2. Звенья иммунной системы, в большей степени ответственные за элиминацию вируса из макроорганизма. Роль Т-клеточного звена иммунитета. Субпопуляции Т-лимфоцитов. Соотношение иммунорегуляторных клеток у здоровых людей (CD4/CD8).
3. Влияние снижения количества и функциональной активности CD-лимфоцитов на иммунную систему и состояние макроорганизма.
4. Особенности эпидемиологического процесса при ВИЧ-инфекции в России на современном этапе.
5. Основные патогенетические механизмы развития симптомов и синдромов при ВИЧ-инфекции.
6. Клиническую картину заболевания, современную классификацию.
7. Основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза инфекций.
8. Принципы антиретровирусной терапии.
9. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя)*

Работа с пациентами (провести объективный осмотр, выделить симптомы и синдромы, сформулировать предварительный диагноз, провести дифференциально-диагностический ряд, определить тактику врача общей практики, осуществить интерпретацию имеющихся данных лабораторно-инструментального обследования).

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной М., 34 лет, обратился с жалобами на субфебрильную температуру, слабость, жидкий стул с примесью алой крови, потерю массы тела на 4 кг. Болен в течение 1,5 мес. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно – принимал фталазол, фестал. После некоторого улучшения самочувствия проявления болезни вновь нарастают.

Эпидемиологический анамнез: 2 года назад вернулся из командировки в Африку.

Объективно: кожа чистая, лимфаденопатия (шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы 1,5х1,5 см, безболезненные при пальпации). Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы – без особенностей. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул жидкий, слизистый с примесью алой крови.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации.
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Учитывая длительность заболевания, лихорадку, незначительные симптомы интоксикации, лимфаденопатию, явления гемоколиты, потерю массы тела, прежде всего, следует думать о ВИЧ-инфекции.
2. Учитывая длительность заболевания, отсутствие эффекта от проводимой терапии, подозрение на ВИЧ-инфекцию становится обоснованным (в особенности с учетом эпид. анамнеза.). Больному показана госпитализация в стационар.
3. Для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции необходимо провести бактериологическое, копрологическое исследование кала на простейшие, серологические методы: РПГА с шигеллезными, иерсиниозными антигенами, исследования крови для обнаружения антител к антигенам ВИЧ (ИФА, иммунный блоттинг), иммунологические тесты для обнаружения иммунного дефицита (в первую очередь, CD4 клеток).
4. Дифференциальный диагноз следует проводить с затяжным течением острой дизентерии, амебиазом, иерсиниозом, раком толстого кишечника.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.

В амбулаторию ВОП/СВ обратился П., 20 лет. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения поднялась температура до 37,5 С. появилось недомогание, сухой кашель; внезапно, боковой поверхности груди слева по ходу межреберного нерва ощутил зуд жжение. Через несколько часов отметил отек, гиперемию и мелкие пузырьки до 2 см в диаметре, боли при пальпации межреберного промежутка.

При осмотре; состояние удовлетворительное, на коже груди определяется везикулярная сыпь, по ходу межреберного нерва; местами мокнущие эрозии и корочки. В левой подмышечной области пальпируются несколько болезненные лимфоузлы тестоватой консистенции, до 1 см в диаметре. В легких жесткое дыхание, над всей поверхностью выслушиваются единичные сухие хрипы. В ОАК: относительный лимфоцитоз.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз, обоснование

2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, принципы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3.

Больной М., 26 лет, холост, шофер-дальнобойщик. Осмотрен ВОП/СВ – выявлены признаки абсцедирующего шейного лимфаденита слева. Болен в течение 1 года. Дважды болел опоясывающим лишаем. 6 месяцев тому назад отметил увеличение нескольких групп лимфоузлов. Похудел на 6 кг. Некоторые лимфоузлы нагнаивались, вскрывались самостоятельно. Эпиданамнез: ведет беспорядочную половую жизнь.

В настоящее время - на шее слева имеется абсцесс, требующий хирургического вмешательства. Отмечается полилимфаденопатия, афтозный стоматит.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциально-диагностический ряд.
3. Тактика врача общей практики, противоэпидемические мероприятия, принципы лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4.

Пациент 35 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на температуру тела до 37-37,8°C, преимущественно в вечернее время, потливость, слабость, кашель с мокротой, которые усилились в течение нескольких месяцев. Год назад вернулся из мест лишения свободы. Работает разнорабочим на стройке. При рентгенологическом исследовании в легких обнаружены прикорневые инфильтративные тени слева с признаками распада. При исследовании крови на антитела к ВИЧ получен положительный результат.

Вопросы:

1. Укажите действия врача.
2. Выскажите предположения о диагнозе.
3. Тактика обследования и лечения больного.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5.

У больного Б., 38 лет, ВИЧ-инфицированного со стажем инфицирования 11 лет, находившегося на лечении в противотуберкулезном диспансере по поводу очагового туберкулеза легких 2 месяца и получающим в течение месяца антиретровирусную терапию, последнюю неделю отмечается ухудшение самочувствия: стал отмечать головную боль, подъемы температуры до 37,5-38°C, постепенно головная боль усилилась, появилась тошнота, однократно был приступ судорог. Больной консультирован невропатологом, который отметил наличие очаговой симптоматики. Менингеальные знаки отрицательные. При проведении компьютерной томографии мозга обнаружен округлый очаг уплотнения в коре правого полушария, накапливающий контраст по периферии, окруженный отеком ткани. Уровень CD4+ лимфоцитов на момент начала АРВТ 50 кл/мкл.

1. Укажите, о каком вторичном заболевании необходимо думать в первую очередь и какую стадию ВИЧ инфекции можно установить.
2. Проведите дифференциальный диагноз
3. Укажите, какие меры нужно было предпринять для предупреждения развития ухудшения состояния больного

Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента

Э	-	
В	3	Противоэпидемические мероприятия
О	-	
В	4	Профилактические мероприятия
Э	-	

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
1. Перечислите причины неэффективности иммунного ответа макроорганизма на ВИЧ; факторы “ускользания” вируса от иммунного “надзора”; механизм неуклонного прогрессирования болезни.
2. Охарактеризуйте существующие варианты клинических классификаций ВИЧ-инфекции. Перечислите основные преимущества отечественной версии клинической классификации заболевания.
3. Опишите клинику ВИЧ-инфекции по стадиям: приведите перечень СПИД-индикаторных заболеваний I и II группы; обозначьте причины их развития, клиническую картину каждого из двенадцати СПИД-маркерных состояний I группы.
4. Укажите особенности диагностики ВИЧ-инфекции в России: этапность; скрининговый (ИФА) и подтверждающий тесты (иммунный блоттинг); интерпретация полученных результатов на первом и втором этапах; диагностический алгоритм. Опишите принципы медицинского освидетельствования на ВИЧ в России (добровольность и бесплатность). Приведите категории лиц, подлежащих обязательному обследованию на ВИЧ в нашей стране.
5. Перечислите принципы лечения ВИЧ-инфекции; группы противовирусных препаратов. Расшифруйте понятия о базисной терапии, “вирусной нагрузки”.
6. Опишите сущность профилактических и лечебных мероприятий относительно вторичных заболеваний (оппортунистических инфекций, опухолей, аутоиммунных эффектов, поражения нервной системы и др.).
7. Укажите основные трудности лечения больных ВИЧ-инфекцией в России.
8. Дайте характеристику основных направлений профилактики ВИЧ-инфекции в настоящее время; приоритетность неспецифических мер профилактики ВИЧ-инфекции (простота, экономическая доступность); здоровый образ жизни – залог здоровья общества. Опишите социальные аспекты ВИЧ-инфекции. Обозначьте перспективы создания вакцин против СПИДа (основные достижения и трудности).
9. Дайте краткую характеристику существующим нормативно-методическим документам по ВИЧ-инфекции, действующим на территории России и регламентирующим лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия относительно данного заболевания (федеральные законы, приказы, постановления, инструкции и т.д.).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

2) Выполнить тестовые задания.

Вариант 1

1. При ВИЧ-инфекции поражения иммунной системы характеризуются:
 - 1) снижением числа Т-лимфоцитов
 - 2) функциональным нарушением В-лимфоцитов
 - 3) функциональным нарушением естественных киллеров
 - 4) эозинофилией
2. Острый ретровирусный (мононуклеозоподобный) синдром не включает в себя:
 - 1) лихорадку
 - 2) полилимфаденопатию
 - 3) эритематозно-макулезную сыпь

4) желтушность кожи и склер

3. Стадия 4А вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается:

- 1) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек грибковой флорой
- 2) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек бактериальной флорой
- 3) поверхностным поражением кожи и слизистых оболочек вирусной флорой
- 4) дефицитом массы тела более 10%

4. Стадия 4Б вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции не сопровождается:

- 1) рецидивирующим поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой
- 2) стойким поражением кожи и слизистых оболочек грибковой,, бактериальной, и (или) вирусной флорой
- 3) стойкой лихорадкой более 3-х месяцев
- 4) развитием генерализованного туберкулеза

5. Клинические признаки, указывающие на необходимость обследования на ВИЧ-инфекцию:

- 1) диарея неясного генеза более 1 месяца
- 2) стойкая лихорадка неясного генеза более 2 месяцев
- 3) стойкая полилимфаденопатия более, чем в 4-х группах лимфоузлов (исключая паховые)
- 4) впервые выявленная микобактериальная инфекция

6. Саркома Капоши представляет собой поражение:

- 1) эндотелия лимфатических сосудов
- 2) костной ткани
- 3) дермы
- 4) мышечной ткани

7. К СПИД-индикаторным заболеваниям у ВИЧ-инфицированных пациентов не относится:

- 1) кандидоз слизистой оболочки полости рта
- 2) кандидоз с поражением слизистой пищевода, желудка, трахеи, бронхов
- 3) пневмоцистная пневмония
- 4) цитомегаловирусный ретинит

8. РАЗВИТИЕ ВОЛОСИСТОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ ЯЗЫКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА СВЯЗАНО С АКТИВАЦИЕЙ

- 1) вируса простого герпеса 1 типа
- 2) вируса герпеса 3 типа
- 3) вируса Эпштейн-Барр
- 4) цитомегаловируса

9. Характерным признаком пневмоцистной пневмонии является все кроме:

- 1) выраженная дыхательная недостаточность
- 2) высокая СОЭ
- 3) наличие примеси крови в мокроте
- 4) отсутствие изменений на рентгенограмме у некоторых больных в начальном периоде болезни

10. Укажите антиген, связывающийся с CD4 рецептором и ко-рецепторами клетки-мишени:

- 1) gp120
- 2) gp41
- 3) p24
- 4) p7

Ответы к тестам выходного контроля

№ во пр ос а	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отве т	1,2,3	4	4	4	1,4	1	1	3	3	1

Вариант 2

Выберите один правильный ответ

1. Иммунная супрессия при ВИЧ – инфекции обусловлена:

- а) прямое цитопатическое действие вируса
- б) образование синцитиев между инфицированными и здоровыми клетками
- в) деструкция зараженных клеток аутоантителами
- г) цитоллиз иммуноцитов под действием CD
- д) воздействие вируса на CD 8-положительные клетки

2. Укажите путь проникновения ВИЧ в головной мозг:

- а) периваскулярно
- б) периневрально
- в) гематогенно
- г) лимфогенно
- д) внутри фагоцитов

3. Укажите год начала эпидемии ВИЧ – инфекции в России:

- а) 1996
- б) 1997
- в) 1998
- г) 1999
- д) 2000

4. Укажите основные факторы риска заражения ВИЧ в России в настоящее время:

- а) половой гетеросексуальный контакт
- б) половой гомосексуальный контакт
- в) парентеральные медицинские вмешательства
- г) употребление внутривенных наркотиков
- д) нанесение татуировок на тело

5. Наибольшую концентрацию ВИЧ содержат следующие биосубстраты:

- а) кровь
- б) сперма
- в) влагалищное содержимое
- г) ликвор
- д) грудное молоко

6. Поражение головного мозга при ВИЧ-инфекции чаще всего протекает по типу:

- а) серозного менингита
- б) гнойного арахноидита
- в) прогрессивного подострого энцефалита
- г) неврита черепно-мозговых нервов
- д) парезов и/или параличей черепно-мозговых нервов

7. ВИЧ содержит следующие ферменты:

- а) обратная транскриптаза (ревертаза)
- б) РНКазы

в)интеграза
г)протеаза

д)гелиаза

8. ВИЧ устойчив к следующим факторам внешней среды:

а)кипячение в течении 1-5 мин.

б) замораживание

в) УФО

г) ионизирующая радиация

д) дезинфектанты в обычных концентрациях (3% перекиси водорода, 5% лизол, 0,2% гипохлорит натрия, 1% глютаралальдегид, 20% эталон, эфир, ацетон и др.)

9. Пути заражения ВИЧ:

а) парентеральный

б) половой

в) вертикальный

г) бытовой (при длительном контакте)

д) трансмиссивный

10. ВИЧ- ассоциированные оппортунистические инфекции вызываются:

а) вирусами

б) бактериями

в) грибами

г) простейшими

д) членистоногими

Ответы:

1 - абвг 2 – д 3 – а 4 – аг 5 – абв 6 - в 7 – бг 8 – бвгд 9 - абв 10 - абв

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издани я	Кол-во экземпляр ов в библиотек е	Нали чи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2- х томах.	Под ред.О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р- Медиа, 2020.	7	+ ЭБ С Консул ьтант врача

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземп ля ров в библио те ке	На ли чи е в ЭБ С
1	2	3	4	5	6
1	Семейна я медицин а.	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-

	Избранные лекции				
32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970432655.html	2	+ ЭБС Консультант
	руководство				врача
3	Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970427354.html		+ ЭБС Консультант врача
4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970428924.html	1	+ ЭБС Консультант врача
5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru		+ ЭБС Консультант врача
6	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970434086.html		+ ЭБС Консультант врача

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.7: Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний в общей врачебной практике.

Цель: формирование и совершенствование знаний, умений, навыков, необходимых при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам при подозрении на особо опасные (карантинные)

инфекции в амбулаторных условиях.

Задачи:

- рассмотреть виды и методы профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний;
- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме Профилактика инфекционных и паразитарных заболеваний и задачи ВОП/СВ;
- рассмотреть принципы и методы неспецифической профилактики в работе ВОП/СВ;
- рассмотреть принципы и методы специфической профилактики в работе ВОП/СВ;
- изучить подходы к организации маршрута пациента и противоэпидемическим мероприятия в случае инфекционных и паразитарных заболеваний в профессиональной деятельности ВОП/СВ;
- сформировать навык организации и проведения вакцинации прикрепленного контингента населения на участке ВОП/СВ;

Обучающийся должен знать: Понятие иммунитета. Виды иммунитета. Современная эпидемиологическая ситуация по инфекциям, управляемым средствами иммунопрофилактики, в Российской Федерации. Особенности эпидемических процессов вакциноуправляемых инфекций. Современные иммунобиологические препараты. Нормативно-правовые акты по разделу «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний». Национальный календарь профилактических прививок России и календарь прививок по эпидемиологическим показаниям. Организация работы

прививочного кабинета. Документация: учётные и отчётные формы по разделу «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний». Особенности вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний, включенных в национальный календарь и по эпидемиологическим показаниям. Особенности вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний, не включенных в национальный календарь и по эпидемиологическим показаниям. Принципы вакцинопрофилактики и вакцинотерапии иммунокомпроментированных лиц. Подход к вакцинопрофилактике и вакцинотерапии соматических и онкологических заболеваний. Поствакцинальные осложнения. Классификация неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде. Принципы организации противоэпидемических мероприятий соответственно действующим документам.

Обучающийся должен уметь: собрать эпидемиологический анамнез; определять показания и противопоказания к иммунопрофилактике; определять план профилактических мероприятий, составлять план вакцинации на участке, интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения нормативных актов по теме занятия в реальной практике; формулировать диагноз, определять маршрут пациента; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методиками осмотра, определения показаний/противопоказаний к вакцинации, организации профилактических мероприятий с прикрепленным контингентом населения, методиками осмотра перед вакцинацией, организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой организации маршрута и ведения пациента.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия *(дается перечень вопросов для собеседования)*

1. Вакцинопрофилактика беременных.
2. Вакцинопрофилактика ВИЧ-инфицированных.
3. Вакцинопрофилактика при иммунодефицитных состояниях и синдромах.
4. Противоопухолевая вакцинация отдельных форм рака. Противораковые вакцины в России. Терапевтические вакцины.
5. Вакцинация лиц старше 60 лет.
6. Вакцинопрофилактика и вакцинотерапия при вирусных гепатитах
7. Вакцинопрофилактика и вакцинотерапия при туберкулезе
8. Комбинированные вакцины, лицензированные в РФ, для проведения иммунопрофилактики детского населения согласно Национальному календарю профилактических прививок.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, , отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя)*

Работа на приеме и в прививочном кабинете (осмотр перед прививкой, составление плана вакцинации на врачебном участке, организация работы среднего медицинского персонала).

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Инструкция: ознакомиться с условиями ситуационной задачи и дать развернутые ответы на поставленные вопросы.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

В амбулаторию ВОП/СВ обратились 2 пациента. Пациент А. имеет поверхностный укус нижней конечности. Повреждения нанесены соседской собакой. Собака на цепи, здорова, привита против бешенства. Пациент В укушен неизвестной собакой. Определите необходимость назначения антирабических прививок в каждом случае?

Эталон ответа к задаче №1

1. Пациент, укушенный здоровой собакой, в вакцинации против бешенства не нуждается.
2. Пациенту, укушенному лисой необходимо провести полный курс прививок антирабической вакциной.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

В офис ВОП/СВ обратились:

1. Пациент Т. с колотой раной голени, последняя ревакцинация АДС-М анатоксином была проведена 5 месяцев назад;
2. Пациент В. с рваной раной кисти, сведения о ранее полученных профилактических прививках отсутствуют.

Определите необходимость экстренной профилактики столбняка?

Эталон ответа к задаче №2

1. Пациент Т. экстренная профилактика столбняка не проводится.
2. Пациенту В. необходимо ввести АС анатоксин и противостолбнячный иммуноглобулин (ПСЧИ).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

1. Ребенок А. 2010 года рождения вакцинирован в соответствии с национальным календарём профилактических прививок. Первые две вакцинации против гепатита В, и вакцинация против туберкулеза выполнены в соответствии с календарем профилактических прививок. 3-я вакцинация против гепатита В должна была быть выполнена в конце октября. 1-е вакцинации АКДС и против полиомиелита выполнены одновременно и своевременно 3.08.10 в возрасте 3-х месяцев, 2-е должны были быть выполнены 18.09.10г., 3-е – в начале ноября. 21.09.10г. ребенок получил травму, по поводу подозрения на сотрясение головного мозга, был консультирован неврологом. Медицинский отвод от прививок на 6 месяцев. Оценить иммунизацию ребенка, определить дальнейшую тактику вакцинации.

Эталон ответа к задаче №3

1. Интервал между 2-й и 3-й увеличен до 11 месяцев вместо 5 месяцев. Причина увеличения интервала объективная – нейротравма от 21.09.10 г. с последующим медицинским отводом 6 месяцев.
2. Нарушения сроков 2-й и 3-й вакцинаций АКДС и против полиомиелита обусловлены медицинским отводом по поводу нейротравмы. Вместе с тем интервал между 2-й и 3-й вакцинациями не нарушен.
3. По истечении медицинского отвода (6 месяцев) продолжить вакцинацию в соответствии с календарём профилактических прививок..

Задания для групповой работы

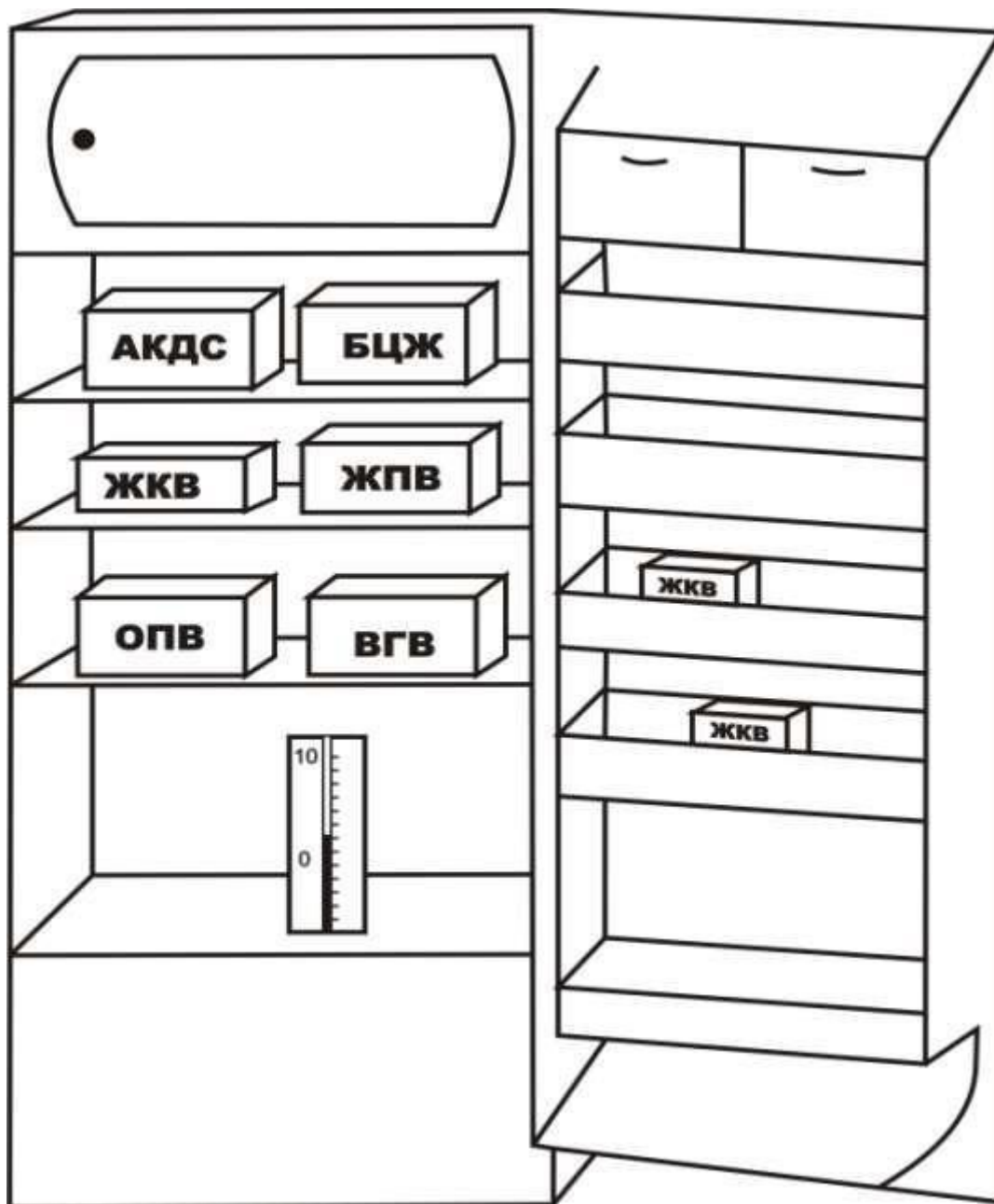
Задание 1.

На рисунке изображен вариант хранения вакцин в холодильнике прививочного кабинета поликлиники.

Задание:

- 1) Определите, правильно ли хранятся вакцины.
- 2) Если нет, укажите какое правило хранения вакцин нарушено.

Оценка за выполнения каждого вида задания: 0 – 2 балла (0 баллов – задание не выполнено. 1 балл – задание выполнено не полностью, 2 балла – выполнено полностью).



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

1. Сильные реакции и поствакцинальные осложнения.
2. Противопоказания для введения БЦЖ, БЦЖ – М;
3. Противопоказания для коклюшного компонента (АКДС);
4. Противопоказания для введения АДС, АДС-М;
5. Противопоказания к введению вакцин против гепатита В,
6. Противопоказания к введению живых вирусных вакцин.
7. Группы риска детей по поствакцинальным осложнениям.
8. Клинические формы поствакцинальных осложнений (токсические, аллергические, неврологические, редкие поствакцинальные осложнения).
9. Медицинская документация, в которой фиксируется принадлежность ребёнка к той или иной группе риска по профпрививкам.

10. Минимальный интервал между введением разных вакцин.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Вариант 1

1. Иммунопрофилактика – это создание иммунной прослойки среди населения с использованием:

- а) живых, инактивированных, химических вакцин, анатоксинов и иммуноглобулинов;
- б) только анатоксинов;
- в) только живых, инактивированных и химических вакцин;
- г) иммуноглобулинов, сывороток, бактериофагов.

Эталон ответа: а)

2. К факторам, влияющим на выработку искусственного активного иммунитета на организменном уровне, относят:

- а) фено- и генотипические особенности организма;
- б) качество препарата для иммунизации;
- в) соблюдение схемы иммунизации;
- г) соблюдение техники иммунизации.

Эталон ответа: а)

3. К факторам, формирующим коллективный иммунитет, относят:

- а) полноту охвата прививками контингентов, подлежащих иммунизации;
- б) факторы, определяющие выработку иммунитета на уровне организма;
- в) эпидемическую обстановку;
- г) численность населения.

Эталон ответа: а)

4. Информирование прививаемых о возможных реакциях и осложнениях на введение вакцины осуществляется:

- а) в случае отказов и неоправданного страха перед прививкой
- б) с целью разъяснения причин реакций и мер при их появлении
- в) по усмотрению медицинского работника
- г) по желанию родителей прививаемых детей

Эталон ответа: б)

5. В поликлинике получена новая серия вакцины; проверка физических свойств проводится:

- а) во всех коробках
- б) только в одной коробке, которая лежит сверху
- в) не менее чем в 2 коробках
- г) такая проверка не проводится

Эталон ответа: : в)

6. В случае если число сильных и средних реакций при вакцинации достигает 10% и более необходимо:

- а) проводить прививки под защитой иммуноглобулина
- б) вводить вакцину в меньшей дозе
- в) отменить прививки и получить другую серию вакцины
- г) проводить прививки

Эталон ответа: : в)

7. При нарушении схемы календаря профилактических прививок у здорового ребенка тактика врача следующая

- а) начать прививки заново, с последующим соблюдением схемы прививок
- б) продолжить проведение прививок согласно календарю
- в) разработать индивидуальный календарь прививок
- г) увеличить кратность введения вакцинного препарата
- д) одномоментное проведение прививок, пропущенных ранее и регламентированных в данном возрасте (за исключением БЦЖ).

Эталон ответа: в)

8. Холодовая цепь» - это:

- а) охлаждение препарата перед введением для обеспечения лучшего иммуногенного эффекта
- б) контроль температурного режима при транспортировке вакцин от изготовителя до потребителя
- в) система контроля температурного режима при хранении вакцин
- г) система контроля температурного режима при хранении и транспортировке вакцин от места изготовления до места проведения прививок

Эталон ответа: г)

9. При транспортировке вакцин со склада в поликлинику, а из нее в другие места проведения прививок используют:

- а) бытовые термосы
- б) сумки-холодильники
- в) любую тару, выбор не имеет значения, так как время перевозки - всего несколько часов
- г) специальные контейнеры

Эталон ответа: б)

Вариант 2

Выберите один правильный ответ

1. После проведения вакцинации необходимо:

- а) продолжить наблюдение в течение 30 минут
- б) попросить пациента перезвонить в течение часа и сообщить о своем самочувствии
- в) необходимо проводить наблюдение в условиях стационара в течение суток
- г) продолжить наблюдение в течение 15 минут

2. После проведения вакцинации в месте введения препарата возникло покраснение, это можно расценить как:

- а) общая поствакцинальная реакция
- б) местная реакция
- в) поствакцинальное осложнение
- г) аллергическая реакция

3. Федеральный Закон "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" гарантирует:

- а) Доступность для граждан профилактических прививок
- б) Социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений
- в) Государственный контроль качества, эффективности медицинских иммунобиологических препаратов
- г) Проведение профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям
- д) Бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками

4. Обязательность плановых прививок детям против инфекционных болезней определяется:

- а) Национальным Календарем Профилактических Прививок
- б) Законом РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии"
- в) Приказами Минздрава РФ
- г) Указаниями Роспотребнадзора
- д) Законом РФ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"

5. Гражданин РФ:

- а) Имеет право отказаться от прививок, не подписывая отказа от прививок
- б) Имеет право отказаться от прививок за исключением прививок против особо опасных инфекций, проводимых по эпидемическим показаниям
- в) Имеет право отказаться от прививок, подписав отказ
- г) Не имеет права отказаться от прививок

6. В РФ к инфекциям, управляемым средствами иммунопрофилактики относятся:
- Аденовирусная инфекция
 - Корь
 - Коклюш
 - Паракоклюш
 - Скарлатина
7. Для профилактики каких заболеваний осуществляется плановая вакцинация детей в рамках Национального календаря прививок:
- Дифтерии
 - Клещевого энцефалита
 - Кори
 - Брюшного тифа
 - Полиомиелита
8. В календарь прививок РФ входят вакцины против следующих инфекций:
- Скарлатина
 - Дифтерия
 - Коклюш
 - Бешенство
9. Какие иммунобиологические препараты используются для создания активного иммунитета?
- Иммуноглобулины
 - Бактериофаги
 - Антибиотики
 - Вакцины
10. Если ребенок нуждается в вакцинации против кори, краснухи и эпидемического паротита, то соответствующие моновакцины следует ввести: _____
- Одновременно в одном шприце;
 - Одновременно в разных шприцах;
 - С интервалом в 1 месяц;
 - С интервалом в 3 месяца;

Ответы:

1 - а; 2 –б; 3 – а; 4 - б; 5 - в; 6 – б,в 7 – а,в,д 8 - б;в 9 - г; 10 – б,в

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляр ов в библиотеке	Нали чи е в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2- х томах.	Под ред.О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др.	М: ГЭОТА Р- Медиа, 2020.	7	+ ЭБ С Консул ьтант врача

Дополнительная:

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземп ля ров в библио те ке	На ли чи е в ЭБ С
1	2	3	4	5	6
1	Семейна я медицин а. Избранн ые лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
32	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970432655.html	2	+ ЭБ С Конс ульт ант врач а
3	Оториноларинг о логия. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс]	под ред. В.Т. Пальчуна	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970427354.ht	-	+ ЭБ С Ко нс ульт ант вра ча
4	Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970428924.html	1	+ ЭБ С Ко нс ульт ант вра ча
5	Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание	под ред. А. Г. Чучалина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. http://www.rosmedlib.ru	-	+ ЭБ С Ко нс ульт ант вра ча

6	Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание	под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN_9785970434086.html	-	+ ЭБ С Ко нс ульт ант вра ча

Раздел 9. Инфекционные болезни и туберкулез в ОВП

Тема 9.2: Туберкулез органов дыхания и внелёгочных локализаций у взрослых и детей: выявление, клиника, лечение, профилактика, особенности у беременных

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с туберкулезом

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Туберкулез в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы

- профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Туберкулез в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Характеристика возбудителя туберкулеза, пути передачи инфекции, группы риска.
2. Эпидемиологические показатели по туберкулезу. Патогенез, начальные проявления первичной туберкулезной инфекции.
3. Первичный туберкулез. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
4. Вторичный туберкулез. Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
5. Диссеминированный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
6. Внелегочный туберкулез (туберкулез периферических лимфатических узлов, костей и суставов, мочевыводящих путей). Клиника, диагностика.
7. Раннее выявление туберкулеза. Туберкулинодиагностика.
8. Своевременное выявление туберкулеза. Флюорографическое обследование.
9. Неотложные состояния: легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
10. Течение туберкулеза во время беременности.
11. Профилактика туберкулеза.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя).*

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:* предварительный диагноз, диф. диагноз, опорные диагностические критерии, факторы риска, организация ведения пациента в условиях ОВП, характеристика основных лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения и профилактики.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Ситуационная задача 1.

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В., который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенности химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ответы:

1. *Род* - микобактерии; *вид* - (*Hominis*) - человеческий; грамположительные полиморфные палочки.
2. Туберкулезная палочка содержит большое количество (до 40%) жировоска и жирных кислот, благодаря чему она устойчива к спирту, кислотам и щелочам.
3. Туберкулезная палочка выявляется методом окраски по Цилю-Нильсену. Она окрашивается в красный цвет, а остальная флора в синий.
4. Исследуемым материалом при туберкулезе легких служит мокрота, если нет отделяемого, то промывные воды бронхов. При туберкулезе почек - моча, при туберкулезном менингите - спинномозговая жидкость. Доставлять в лабораторию необходимо в металлическом контейнере мед. работником не позднее 2 часов. Ликвор необходимо доставить тотчас же в термоконтейнере.
5. Профилактика осуществляется живой вакциной БЦЖ на 3-5-й день жизни ребенка в род. домах.

Пример задачи с разбором по алгоритму

Ситуационная задача 2

Мужчина 57 лет, поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, наличие прожилок крови, боль в правом боку при вдохе, повышенную потливость, слабость, повышение температуры тела до 37,40С.

Из анамнеза: 10 лет назад перенес очаговый туберкулез легких и был снят с учета.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При аускультации в обеих легких выслушивается жесткое дыхание, единичные сухие хрипы и в межлопаточном пространстве мелкопузырчатые хрипы после покашливания.

Рентгенологически - наличие очагов полиморфного характера в обоих легких

Анализ крови: э - $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв - 142 г/л, л - $9,2 \times 10^9/л$, п - 2, с - 78, л - 12, м - 8, СОЭ - 25 мм/час.

В мокроте МБТ методом бактериоскопии не обнаружены.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определиться с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Эталон ответов к ситуационной задаче

1. Предварительный диагноз: подострый диссеминированный туберкулез легких.
2. План дополнительного обследования: ан. мокроты и мочи на МБТ методом посева, общий анализ мочи, консультация отоларинголога, томографическое исследование легких, туберкулиновые пробы, бронхоскопия.

3. В пользу туберкулезной этиологии процесса свидетельствует: нерезко выраженные проявления клинических симптомов, характерная рентгенологическая картина: наличие очагов полиморфного характера в обоих легких, умеренные изменения в картине крови.
4. Больному показано лечение в специализированном ЛПУ, направить в ПТД.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача 1

Больной П., 35 лет, в 16-летнем возрасте перенес экссудативный плеврит, спустя 20 лет у него был выявлен диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. МБТ +. Лечился 14 месяцев в стационаре и санатории. Отмечено прекращение бактериовыделения, рассасывание и уплотнение очагов в легких, но справа во 2-ом сегменте сформирована полость с толстыми стенками. От хирургического лечения больной отказался.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При перкуссии справа над правой верхушкой легкого сзади определяется притупление легочного звука: в этой же зоне при покашливании определяются стойкие влажные хрипы среднего калибра. Со стороны других систем и органов при физикальном обследовании отклонений не выявлено.

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, л - $8,0 \times 10^9/л$, п - 0, с/я - 75, лимф. - 20, м - 5, СОЭ - 12 мм/час.

Задание

1. Поставить клинический диагноз и обосновать его.
2. Тактика ВОП в отношении данного больного.

Ситуационная задача 2

У больной М., 27 лет, две недели назад появилась слабость, потливость, субфебрильная температура, одышка, боли в груди слева. Лечилась с диагнозом ОРЗ без улучшения. Одышка нарастала, повысилась температура тела до $39^{\circ}C$, хотя боли в груди слева уменьшились.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, обычной окраски. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева ниже 1У ребра определяется притупление. Дыхание в этой зоне не выслушивается. Органы брюшной полости не изменены.

Анализ крови: эр. - $4,2 \times 10^{12}$, Нв - 140 г/л, л - 12×10^9 , п - 2, с - 80, л - 12, м - 6, СОЭ - 38 мм/час.

В мокроте МБТ не обнаружены.

Задание

1. Установить предварительный диагноз с учетом этиологии заболевания.
2. Наметить план дальнейшего обследования с указанием возможных результатов.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Тактика ведения пациента в условиях ОВП.

Ситуационная задача 3

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка.

Анализ крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 100 г/л, л - $9,0 \times 10^9/л$, п/я - 2, с/я - 82, лимф. - 10, м - 6, СОЭ - 30 мм/час.

Анализ мочи: без патологии.

В анализе мокроты большое количество лейкоцитов, эластические волокна. Однократно обнаружены БК методом Циля-Нильсона.

Задание

1. Составить дифференциально-диагностический ряд.
2. Обосновать предварительный диагноз.
3. Составить план дополнительного обследования.
4. Определить тактику ведения пациента в условиях ОВП.

Ситуационная задача 4

Больной К., 29 лет, работает на ЯМЗ. В течение последних трех месяцев стал отмечать периодические подъемы температуры до 38°C , нарастание слабости, сонливости, похудения, повышенную потливость. Больной продолжал работать, но два дня назад появилось кровохарканье, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. При перкуссии - притупление звука в области верхней доли правого легкого. Дыхание в этой зоне жесткое, после покашливания выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс - 92 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Живот безболезненный при пальпации. Печень не увеличена.

Гемограмма: э - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв - 134 г/л, л - $11,2 \times 10^9/\text{л}$, п - 2, с - 78, л - 16, м - 4, СОЭ - 28 мм/час.

Задание

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику ведения пациента в условиях ОВП.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)
 1. Характеристика возбудителя туберкулеза, пути передачи инфекции, группы риска.
 2. Эпидемиологические показатели по туберкулезу. Патогенез, начальные проявления первичной туберкулезной инфекции.
 3. Первичный туберкулез. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.
 4. Вторичный туберкулез. Очаговый туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

5. Диссеминированный туберкулез легких: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
 6. Внелегочный туберкулез (туберкулез периферических лимфатических узлов, костей и суставов, мочевыводящих путей). Клиника, диагностика.
 7. Раннее выявление туберкулеза. Туберкулинодиагностика.
 8. Своевременное выявление туберкулеза. Флюорографическое обследование.
 9. Неотложные состояния: легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
 10. Течение туберкулеза у беременных.
 11. Профилактика туберкулеза.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)
- Укажите один правильный ответ
01. Основным методом выявления раннего периода первичной туберкулезной инфекции является:
 - А. обследование по контакту;
 - Б. туберкулинодиагностика;
 - В. выявление по обращаемости;
 - Г. бактериологические исследования.
 02. Диагностическими критериями первичного инфицирования микобактериями туберкулеза являются:
 - А. параспецифические реакции;
 - Б. гиперергия к туберкулину;
 - В. вираж туберкулиновой чувствительности;
 - Г. синдром интоксикации и реакция периферических лимфатических узлов.
 03. Ведущим путем проникновения возбудителя в организм при первичном инфицировании микобактериями туберкулеза является:
 - А. алиментарный;
 - Б. аэрогенный;
 - В. трансплацентарный;
 - Г. контактный.
 04. Риск развития заболевания туберкулезом после первичного инфицирования наиболее высок в:
 - А. раннем возрасте;
 - Б. дошкольном возрасте;
 - В. младшем школьном возрасте;
 - Г. подростковом возрасте.
 05. Первичный туберкулезный комплекс - это:
 - А. поражение внутригрудных лимфатических узлов и очагов в легочной ткани;
 - Б. очаг в легком, лимфангит, идущий к корню, и поражение регионарных лимфоузлов;
 - В. поражение лимфоузлов, стенки прилежащего бронха и очаги в легочной ткани;
 - Г. поражение лимфоузлов, стенки прилежащего бронха, пневмонический фокус в легочной ткани.
 06. Основным методом выявления туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов является:
 - А. клиническая картина заболевания;
 - Б. туберкулинодиагностика;
 - В. флюорографическое обследование;
 - Г. рентгено-томографическое обследование.
 07. Первичной формой туберкулеза органов дыхания является:
 - А. туберкулёма легких;
 - Б. бронхолегочное поражение;
 - В. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов;
 - Г. инфильтративный туберкулез легких.
 08. Вакцина БЦЖ содержит:
 - А. продукты жизнедеятельности микобактерий туберкулеза;
 - Б. инаktivированные микобактерии туберкулеза;
 - В. анатоксин;

Г. живые, безвредные, аттенуированные микобактерий туберкулеза.

Укажите все правильные ответы

09. При туберкулезном менингите в ликворе характерны изменения в виде:

- А. снижения уровня сахара;
- Б. повышение уровня сахара;
- В. выпадение фибриновой пленки;
- Г. снижение уровня белка.

Укажите один правильный ответ

10. Положительной нормергической реакцией на туберкулин считается:

- А. уколочная;
- Б. инфильтрат 5-16 мм;
- В. инфильтрат 17 мм и более;
- Г. гиперемия или инфильтрат 2-4 мм.

Укажите все правильные ответы

11. Гиперергической реакцией на туберкулин является:

- А. инфильтрат 5-16мм;
- Б. гиперемия или инфильтрат 2-4 мм;
- В. инфильтрат от 5 до 16 мм с некрозом или отсевами;
- Г. инфильтрат 17 мм и более.

Укажите один правильный ответ

12. Основным диагностическим методом выявления туберкулеза периферических лимфатических узлов является:

- А. ультразвуковое исследование;
- Б. биопсия;
- В. рентгенографическое исследование.

Укажите все правильные ответы

13. Основными целями и задачами массовой туберкулинодиагностики являются:

- А. выявление первичного инфицирования;
- Б. оценка активности туберкулезного процесса;
- В. выявление лиц с нарастанием и гиперергическими реакциями к туберкулину;
- Г. отбор для ревакцинации БЦЖ;
- Д. определение уровня инфицирования населения микобактериями туберкулеза.

14. Критериями «виража» туберкулиновой чувствительности являются:

- А. переход отрицательной реакции в предшествующем году в положительную;
- Б. переход положительной реакции в гиперергическую;
- В. переход сомнительной реакции в предшествующем году в положительную;
- Г. нарастание размера реакции на 6 мм и более по сравнению с предыдущим годом при ранее наблюдавшейся поствакцинной аллергии.

15. Вакцинация и ревакцинация БЦЖ позволяет:

- А. снизить летальность от туберкулеза;
- Б. предотвратить инфицирование;
- В. снизить заболеваемость туберкулезом;
- Г. снизить тяжесть течения туберкулеза.

16. Противопоказаниями для грудного вскармливания при туберкулезе у матери являются:

- А. туберкулез легких в фазе кальцинации;
- Б. туберкулез молочных желез;
- В. диссеминированный туберкулез;
- Г. активный туберкулез легких при наличии бактериовыделения;
- Д. обострение туберкулеза выявленного после родов.

17. Показаниями для химиопрофилактики туберкулеза являются:

- А. аллергия неясной этиологии;
- Б. ранний период первичной туберкулезной инфекции;
- В. нарастание чувствительности или гиперергия к туберкулину;
- Г. хронические неспецифические заболевания легких;

Д. контакт с больным туберкулезом.

18. Перечислите наиболее частые методы выявления туберкулеза у подростков:

А. массовая туберкулинодиагностика;

Б. массовая флюорография;

В. по обращаемости;

Г. по контакту;

Д. массовое бактериологическое обследование.

19. Укажите вторичные формы туберкулеза:

А. инфильтративный туберкулез легких;

Б. первичный туберкулезный комплекс;

В. туберкулёма легких;

Г. туберкулез внутригрудных лимфоузлов;

Д. очаговый туберкулез легких.

20. Источниками инфицирования туберкулезом у детей и подростков являются:

А. дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции;

Б. больные бактериовыделители;

В. больные туберкулезом животные;

Г. предметы обихода, зараженные больным туберкулезом.

21. Основными целями химиопрофилактики туберкулеза являются:

А. предупреждение инфицирования микробактериями туберкулеза;

Б. профилактика заболеваний у инфицированных;

В. предупреждение рецидива у перенесших туберкулез.

Укажите один правильный ответ

024. Ребенку, не вакцинированному БЦЖ в родильном доме, проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л проводится в возрасте:

А. 1 мес.;

Б. 2 мес.;

В. 6 мес.;

Г. 12 мес.

Укажите все правильные ответы

025. Ревакцинация БЦЖ проводится в возрасте:

А. 4-5 лет;

Б. 6-7 лет;

В. 12-13 лет;

Г. 14 лет.

Укажите один правильный ответ

.

27. Применение химиопрепаратов при туберкулезе направлено на:

А. стимуляцию клеточного иммунитета;

Б. микобактерии туберкулеза;

В. подавление сапрофитной флоры.

Укажите один правильный ответ

28. Бронхолегочное поражение при туберкулезе - это:

А. поражение бронха и ателектаз;

Б. ателектаз и неспецифическое воспаление;

В. поражение бронха, ателектаз, неспецифическое и специфическое воспаление;

Г. поражение бронха и неспецифическое воспаление.

Укажите все правильные ответы

29. Наиболее часто бронхолегочные осложнения при туберкулезе необходимо дифференцировать с:

А. очаговой пневмонией;

Б. сегментарной пневмонией;

В. синдром инородного тела.

Укажите один правильный ответ

30. Туберкулезный менингит является:

А. серозным;

Б. гнойным.

Укажите все правильные ответы

31. Характерными изменениями в ликворе при туберкулезном менингите являются:

- А. повышение белка до 1.5 г/л и более;
- Б. лимфоцитарный цитоз;
- В. выпадение фибриновой пленки;
- Г. нейтрофильный цитоз.

32. Основными препаратами для лечения туберкулеза являются:

- А. амикацин;
- Б. изониазид (тубазид);
- В. ампициллин;
- Г. стрептомицин;
- Д. пиразинамид.

33. По классификации в развитии туберкулеза периферических лимфатических узлов выделяют фазы:

- А. свищевую;
- Б. инфильтративную;
- В. казеозную;
- Г. индуративную.

Укажите один правильный ответ

34. Рентгенологическим признаком кавернозного туберкулеза является:

- А. ограниченное затемнение с четкими контурами в пределах одного сегмента;
- Б. округлая тень размером более 1 см;
- В. множественные очаги двусторонней локализации;
- Г. кольцевидная тень.

35. Рентгенологическим симптомом при туберкулезе легкого является:

- А. затемнение в легком, связанное дорожкой с расширенным корнем;
- Б. кольцевидная тень;
- В. округлая тень размером более 1 см;
- Г. ограниченное затемнение с четкими контурами в пределах одного сегмента.

36. Рентгенологически для саркоидоза характерно:

- А. значительное увеличение внутригрудных лимфоузлов всех групп;
- Б. одностороннее увеличение бронхопульмональных, трахеобронхиальных лимфоузлов с нечеткими контурами;
- В. значительное двустороннее увеличение лимфоузлов бронхопульмональной группы.

37. Рентгенологически для милиарного туберкулеза легких характерно:

- А. симметричные мелкоочаговые тени преимущественно в средних и нижних отделах легких, расширение правых отделов сердца;
- Б. мелкоочаговые тени по ходу сосудов в обоих легких на фоне обедненного сосудистого рисунка;
- В. очаговые изменения преимущественно в средних и нижних отделах легких с расплывчатыми контурами, выраженное усиление легочного рисунка;
- Г. диффузные изменения в легких в виде усиления легочного рисунка и его деформация с грубыми ячеистолинейными структурами.

38. Для милиарного туберкулеза легких характерны физикальные изменения при:

- А. перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, свистящие хрипы;
- Б. перкуссии - коробочный звук, при аускультации - жесткое дыхание, после 10-го дня заболевания могут появиться влажные хрипы;
- В. перкуссии - укорочение легочного звука, при аускультации - ослабленное дыхание;
- Г. перкуссии - коробочный звук, при аускультации - мелкопузырчатые влажные хрипы.

39. Проба Манту считается сомнительной при появлении на коже:

- А. уколочной реакции;
- Б. инфильтрата 5 мм;
- В. инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера.

40. Проба Манту считается отрицательной при появлении на коже:

- А. инфильтрата 5 мм;
- Б. инфильтрата 17 мм и более;
- В. инфильтрата 2-4 мм или гиперемии любого размера;
- Г уколочной реакции.

41. Характерными морфологическими изменениями в периферических лимфатических узлах при туберкулезе являются:

- А. моноцитарная инфильтрация, эпителиоидные клетки в кортикальных зонах;
- Б.клетки Березовского-Штернберга;
- В. эпителиоидные гранулемы с единичными клетками Пирогова-Лангханса, гиалиноз;
- Г. лимфоидные, эпителиоидные и гигантские клетки Пирогова-Лангханса, казеоз.

001 – б	021-а,б,в	041 - г
002 - в	022- в	
003-б	023-а	
004 - а	024 – в	
005-б	025-б,г	
006 - б	026 – в	
007. в	027 – б	
008-г	028-в	
009 - а	029-б,в	
010-б	030 – а	
011 – в,г	031- а,б,в	
012-б	032 – б	
013-а,в,г,д	033 – б,в,г	
014 –а,в,г	034-г	
015-а,в,г	035-в	
016- ,б,в,г,д	036-в	
017-б,в,д	037-а	
018-в,г	038-б	
019-а,в,д	039-в	
020-б,в	040 – г	

4) Решить ситуационные задачи.

Ситуационная задача 1

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В., который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенности химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
- 3.Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ситуационная задача 2

Больная К., 51 год. Госпитализирована в связи с нарастающей одышкой, болями и тяжестью в правой половине грудной клетки. Считает себя больной 2 месяца, за это время похудела на 20 кг.

Объективные данные: общее состояние больной тяжелое, симптомы дыхательной недостаточности и плеврального выпота справа, умеренный асцит. Температура тела 37,6 С.

Рентгенологически: правое легочное поле тотально затемнено. Затемнение имеет косую границу, сливаясь с тенью сердца и диафрагмы. Тень сердца и средостения незначительно смещены влево.

При плевральной пункции игла с трудом проходит через плевру, преодолевая твердое плотное покрытие. Получен один литр геморрагической жидкости.

Исследование плевральной жидкости: положительная проба Ривальта, в экссудате клетки мезотелия (12%) с признаками полиморфизма. Гемограмма без изменений, СОЭ 40 мм/час.

Ваше мнение? Тактика лечения.

Ситуационная задача 3

Подросток А., 16 лет, направлен к педиатру в связи с выявленными изменениями в верхней доле правого легкого при прохождении флюорографии на призывной комиссии. Жалоб нет. Последняя туберкулиновая проба Манту с 2 ТЕ проводилась 2 года назад, р.9мм. Ранее рентгенологически не обследовался. В течении 2-х лет состоит на учете с язвенной болезнью желудка.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, со стороны легких, сердечно - сосудистой системы, органов брюшной полости патологии не выявлено. Кожа чистая, периферические лимфатические узлы не увеличены.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: в S1 справа определяются немногочисленные тени до 1 см в диаметре, слабой интенсивности, с нечеткими наружными контурами. Слева без особенностей.

Корень и тень средостения не изменены. Правый реберно-диафрагмальный синус пониженной прозрачности.

Общий анализ крови: Эр-4,08х 10¹²/л, Нб- 125г/л, цв.п.- 0,9, Ле- 5,0х10⁹/л, э- 1%, п/я- 5%, с/я- 70% лимф.- 4%, СОЭ- 15 мм/час.

Проба Манту с 2 ТЕ в 14 лет - р.9мм, в настоящее время-р.20мм.

В мокроте 3-хкратно методом бактериоскопии микобактерии туберкулеза не обнаружены.

Задание

1. Оцените результаты лабораторного обследования, туберкулинодиагностики, рентгенограммы легких.
2. Укажите необходимые дополнительные сведения из анамнеза жизни.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Отрадите тактику ведения данного подростка, необходимость в госпитализации.

Ситуационная задача 4

Больной С., 65 лет. Спустя 2 месяца после перенесенного инфаркта миокарда появился внезапно возникающий приступ удушья с болью и кровохарканьем, субфебрильной температурой. Развилась правожелудочковая недостаточность и геморрагический выпот. Печень увеличена на 3 см от края реберной дуги.

В анализе крови лейкоцитоз-11,0х10⁹/лСОЭ-42мм/час.

Гемограмма без патологии.

Ваше мнение? Тактика дообследования и лечения?

Ситуационная задача 5

Больная С., 16 лет, учащаяся 10 класса. Направлена в поликлинику туберкулезного диспансера с жалобами на боли в области грудной клетки справа, покашливание, одышку при ходьбе, слабость, субфебрильную температуру.

Анамнез жизни: в возрасте 15 лет имела кратковременный квартирный контакт с больным активным туберкулезом, ВК-. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, ревакцинация в 1 и 8 классе. В семье: родители, брат 2 года.

Анамнез заболевания: описанные выше жалобы появились 10 дней назад. К врачу не обращалась и не лечилась.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. На левом плече 3 рубчика 5-6-4 мм. Периферические лимфоузлы не пальпируются. При перкуссии отмечается укорочение легочного звука справа от 4-го ребра, здесь же ослабленное дыхание. Тоны сердца ритмичные, пульс 96 в/мин., АД – 110/70 мм рт.ст.

На обзорной рентгенограмме легких гомогенное интенсивное затемнение справа над диафрагмой, синус не дифференцируется. Легочные поля без очаговых, инфильтративных изменений. Корни структурны, не увеличены. Сердечная тень в пределах нормы.

Общий анализ крови: Эр- $4.08 \times 10^{12}/л$, Нб-125 г/л, цв.п.-0,91, Ле- $8,8 \times 10^9/л$, п/я -2%, с/я- 82%, лимф-13%, м-3%, СОЭ-18мм/час.

Плевральная пункция: удалено 370 мл жидкости соломенного цвета, слегка опалесцирующей. Удельный вес 1030, проба Ривальта++, лимф.-78%, эритроциты, клетки мезотелия единичные. Обнаружены микобактерии туберкулеза.

Проба Манту с 2 ТЕ- р.6мм, лимфангаит. В 14 лет - отриц., 15 лет –р.3мм.

Задание

1. Оцените эффективность ревакцинации девочки в 8 классе, проанализируйте данные туберкулиновых проб, лабораторных исследований.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Подлежит ли больная учету как бактериовыделитель?
4. Наметьте план дополнительного обследования.
5. Перечислите объем профилактических мероприятий в семье.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой,

Раздел 10. Болезни кожи и инфекции, передающиеся половым путем в ОВП

Тема 10.1: Болезни и состояния кожи встречающиеся в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с болезнями кожи в ОВП

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Болезни и состояния кожи в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Болезни и состояния кожи в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования).

1. Строение кожи.
2. Строение эпидермиса.

3. Строение дермы.
4. Придатки кожи.
5. Функции кожи.
6. Виды, состав и показания для использования водных растворов.
7. Состав и показания для использования лечебных пудр.
8. Состав и показания для использования кремов, мазей и паст.
9. Группы лекарственных препаратов и показания для системного использования.
10. Лечебные факторы физио - и курортотерапии.
11. Дерматиты. Диагностика. Лечение.
12. Токсидермия. Диагностика. Лечение.
13. Себорея. Диагностика. Лечение.
14. Псориаз. Диагностика. Лечение.
15. Поражения кожи при коллагенозах. Диагностика. Лечение.
16. Бактериальные поражения кожи. Диагностика. Лечение.
17. Грибковые поражения кожи. Диагностика. Лечение.
18. Паразитарные заболевания кожи. Диагностика. Лечение.
19. Вирусные поражения кожи. Диагностика. Лечение.
20. Венерические болезни. Диагностика в условиях первичной медицинской помощи.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков осмотра невуза.*

Оценочный лист к практическому навыку «Диагностика невуза АКОРД»

	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ
1	А Оценка асимметрии
2	К Оценка края (границ)
3	О Оценка оттенка цвета
4	Р Оценка размера
5	Д Оценка динамики или: увеличение размера, толщины, изменения цвета, кровоточивость, корочки на поверхности. высоты / эволюции. диаметра.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:* ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Атопический дерматит

Атопический дерматит (АД) – воспалительное заболевание кожи, развивающееся на фоне аллергического диатеза, чаще в младенческом возрасте, отличается хроническим рецидивирующим течением, возрастной инволюцией, симметричным поражением, зудящими воспалительными элементами с истинным полиморфизмом. АД может прерываться на любом этапе, но чаще эволюционирует вплоть до 25-30-лет.

Типичный пациент

· в младенчестве преимущественно поражается кожа лица (за исключением области носогубного треугольника), волосистой части головы, рук, а при диссеминированном поражении – наружные поверхности конечностей и ягодиц; объективно преобладают папуловезикулезные высыпания с выраженным экссудативным компонентом, субъективно – мучительный зуд (расчесы)

· в раннем детском и школьном возрасте экссудативные проявления постепенно сменяются лихеноидными: постепенное утолщение и усиление кожного рисунка, кожа становится сухой,

отмечаются эрозии, эксфолиации, геморрагические корочки, болезненные трещины на ладонях, пальцах и подошвах; выраженное мелкопластинчатое и отрубевидное шелушение; характерно поражение в области сгибательных поверхностей конечностей, шеи, локтевых и подколенных ямках, тыльной стороне кистей; к 15-20 годам наблюдается множество эксфолиаций и геморрагических корочек, локализующихся на лице (периорбитальная, периоральная области), шее (в виде «декольте»), локтевых сгибах, вокруг запястий и на тыльной поверхности кистей; субъективно: зуд, нарушения сна;

старше 20 лет: складчатая лихенификация, повышенная сухость кистей, лица, шеи; возможны островоспалительные элементы в период обострения; субъективно – симптомы сухости кожи.

Факторы риска

- генетическая предрасположенность;
- аэроаллергены, распыленные в воздухе, в том числе – микрочастицы домашней пыли, пыльца, перхоть животных;
- внутриутробные инфекции;
- пищевая аллергия у детей раннего возраста;
- нарушения регулирующих функций центральной нервной и вегетативной систем;
- Индикаторы серьезного заболевания:
- распространенный процесс поражения кожи;
- наличие признаков вторичной инфекции;
- респираторные проявления атопии;
- выраженное экссудативное воспаление кожи у пациентов старше 20 лет;
- Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:
- психоэмоциональные нарушения, вызывающие экссудативное воспаление либо зуд кожи;
- пассивное курение, приводящие к усилению кожного зуда;
- производственные факторы;
- неправильный уход за кожей;

Ведение больного

Диагностика

Абсолютные (обязательные или большие) критерии:

- зуд кожных покровов;
- типичная морфология и локализация высыпаний в соответствии с возрастом;
- хроническое рецидивирующее течение с обострениями весной и осенью.

Неабсолютные (дополнительные) критерии:

Первая группа: наличие в анамнезе атопии; реакции немедленного типа при проведении кожных тестов; белый дермографизм, феномен замедленного побледнения на холинергические агенты; передняя субкапсулярная катаракта.

Вторая группа: ихтиоз ладоней; белый питириаз; волосяной кератоз; бледность лица и темное окрашивание верхних век; углубленные морщинки на нижних веках у детей; увеличение уровня IgE в сыворотке крови; кератоконус; неспецифический дерматит кистей; частые кожные инфекции.

Для постановки диагноза АД необходимо помимо абсолютных признаков, наличие двух или более признаков из первой группы неабсолютных признаков или четырех и более – из второй.

Возможные осложнения АД

- вторичная пиодермия (чаще золотистый стафилококк);
- герпетиформная экзема Капоши (чаще вирус простого герпеса);
- микотическая инфекция (*Trichophyton rubrum*, у детей – *Candida*);
- респираторные проявления атопии («аллергический марш»).

Лечение

Первичная профилактика сенсibilизации пациентов (элиминационные режимы)

Пациентов предупреждают о необходимости соблюдения профилактических мер, исключающих воздействие аэроаллергенов, психических раздражителей, а также соблюдении профилактической диеты в случае установленного аллергена (эмпирически или на основании аллергологического теста). При выборе одежды для больных АД необходимо учитывать не качество ткани, из которой изготовлена одежда, а ее выделка (ткань должна быть мягкой, не раздражающей кожу).

Отказ больными АД от применения любых моющих средств (в том числе – содержащих и не содержащих ферментные добавки) на выраженность симптомов заболевания не влияет.

Купирование обострения заболевания

При обострении АД - антигистаминные препараты, преимущественно 2-ого поколения:

- цетиризина дигидрохлорид – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; в возрасте от 6 до 12 лет – по 1 таб. 1 р/сутки или по ½ таб. 2 р/сутки 10-14 дней;
- лоратадин – лицам старше 12 лет назначается по 1 таб. 1 р/сутки 10-14 дней; детям от 2 до 12 лет назначаются по ½ таб. 1 р/сутки 10-14 дней.

При повышенной возбудимости, нарушениях сна и профессии, не связанной с повышенным вниманием, возможно использование антигистаминных препаратов 1-ого поколения:

- клемастин – лицам старше 7 лет по ½-1 таб. 2 раза/сутки 10-14 дней; внутримышечно – по 2 мл 2 р/сутки 10-14 дней;
- хлоропирамин – по 1 таб. 3-4 р/сутки во время еды 10-14 дней; внутримышечно по 1-2 мл (2% р-р) 2-3 р/сутки 10-14 дней.
- дифенгидрамин – взрослым назначается по 0,03-0,05 г 1-3 р/сутки 10-14 дней; внутримышечно 1-5 мл (1% р-р); детям до 1 года – по 0,002-0,005 г, от 2 до 5 лет – по 0,005-0,015 г, от 6 до 12 лет – по 0,015-0,03 г на прием 1-3 р/сутки 10-15 дней;

Наружную терапию проводят с использованием одного из препаратов кортикостероидов 10-14 дней (при остром воспалении - лосьоны и кремы; при хроническом – кремы, мази):

- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;
- мометазона фуроат 0,1%, крем, лосьон, мазь;
- метилпреднизолона ацепонат 0,1%, крем, мазь, жирная мазь, эмульсия;
- бетаметазона валериат 0,1%, крем, мазь;
- бетаметазона дипропионат 0,025-0,05%, крем, мазь;

Возможно назначение короткого курса (3-5 дней) топических кортикостероидов высокой активности с последующим переходом на использование топических кортикостероидов низкой или средней активности:

- клобетазола пропионат 0,05 % (крем, мазь), 3-5 дней;
- гидрокортизон 0,1-1,0% (крем, мазь), 7-10 дней, либо
- гидрокортизона бутират 0,1%, мазь;

Короткие курсы лечения топическими кортикостероидами (10-14 дн.) следует чередовать с назначением курсов индифферентных мазей (5-7 дн.) с целью профилактики тахифилаксии.

При уменьшении островоспалительных явлений используют противозудные и смягчающие кожу средства.

Контроль за состоянием аллергического воспаления (базисная терапия)

В качестве базисной терапии используются мембраностабилизаторы, например, кетотифен – по ½-1 таблетке (0,5-1 мг) 2 р/сутки до 3-6 месяцев.

Обучение больного

По возможности пациенты, страдающие АД, и их родственники должны пройти курс обучения в аллергошколе, где получают основные представления о правильном уходе за кожей, правилах гигиенических мероприятий, в особенности при наличии бытовой и эпидермальной сенсibilизации, мерах профилактики обострений.

Немедикаментозная терапия

Ногти у больного должны быть коротко острижены, чтобы минимизировать вероятность расчесывания и вторичного инфицирования. С целью уменьшения сухости кожи рекомендуется снижать температуру помещения и повышать влажность воздуха. Не рекомендуется часто принимать ванну. После душа кожу следует, не растирая, слегка промокнуть полотенцем с последующим нанесением смягчающего крема или лосьона, пока кожа еще не высохла.

Критерии эффективности проводимой терапии

Проводимая терапия должна приводить к уменьшению выраженности зуда и отечности при кожных проявлениях, способствовать разрешению высыпаний на коже, уменьшению или исчезновению зуда, нормализации сна.

Показания к консультации врача-дерматовенеролога

Тяжелое течение АД (площадь поражения кожи более 30%); присоединение вторичной инфекции; стероидофобия; отсутствие эффекта от проводимого вмешательства в течение 5-7 дней.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Женщина, 65 лет, русская, пенсионерка, в прошлом маляр. Больная предъявляет жалобы на покраснение кожи ладоней и тыльной поверхности стоп, высыпания на этих же участках,

сопровождающиеся интенсивным зудом; припухлость кистей; сочащиеся ранки; огрубение и утолщение кожи в области кистевых суставов.

Считает себя больной в течение 10 лет, когда весной 1987 года впервые появились кожные высыпания на кистях. Больную также беспокоил выраженный зуд, припухлость в зоне поражения. Пациентка ни с чем не связывает начало заболевания. Обратилась в дерматовенерологический диспансер, куда была госпитализирована. Лечение димедролом в таблетках, смазываниями синькой, охлаждающей мазью и, возможно, другими средствами. Лечение продолжалось около месяца, и пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии; спала краснота, сыпь, зуд. Затем, со слов больной, в течение 10 лет не было никаких кожных высыпаний. Месяц назад вновь появились умеренные высыпания на коже кистей, сопровождающиеся незначительным зудом и отёком. За медицинской помощью пациентка не обратилась. Все явления прошли самопроизвольно в течение месяца. Неделию назад появились единичные высыпания в центральной части ладоней, которые пациентка прокалывала. В течение недели ладони покраснели, отеки, сыпь стала более выраженной, появился зуд, мокнутие. Сегодня решила обратиться к семейному врачу

Локальный статус. В патологический процесс вовлечена кожа ладонных и тыльных поверхностей кистей, дистальных отделов предплечья и тыльных поверхностей стоп с обеих сторон симметрично. На фоне резко ограниченной гиперемии и отечности определяются очаги поражения с плотными многокамерными пузырями с серозным содержимым, округлыми плотными лентикулярными папулами, многочисленными точечными эрозиями с участками обильного мокнутия. По периферии очагов располагаются плоские серозные корочки. В области ладонной поверхности лучезапястного сустава кожа лихенифицирована.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение и укажите сроки наступления эффекта.
3. Напомните пациентке о факторах, которые привели к обострению ее болезни.

Задача 2.

Пациентка В., 17 лет. Учащаяся ПТУ. Родом из деревни. С подругой снимает комнату в частном неблагоустроенном доме. Родители пенсионеры. Обратилась с жалобами на наличие фурункула в правой подмышечной области. Боли при движении в пораженной области, ощущение жжения, инородного тела. В марте 2002г. возник фурункул на левой молочной железе (29.03.2002 - оперативное вмешательство). Через 2 недели вновь появились два фурункула на передней брюшной стенке (антибиотикотерапия). Беспокоят также потливость рук, ног, жжение подошв.

Анамнез жизни.

Ветряная оспа дважды (3 и 5 лет). В 5 лет - пневмония. В 7 лет произведена тонзиллэктомия (из-за частых тонзиллитов), а в 8 лет - аденотомия. Близорукость средней степени. 2-3 раза в год бывают носовые кровотечения (без причины). Месячные - с 11 лет, регулярные, обильные, болезненные.

Семейный анамнез. Мать страдает ревматизмом. У отца -кровооточащий геморрой. У деда (по отцу) - тромбоз. Бабушка (по отцу) страдает артериальной гипертензией. *Объективно:* среднего роста, темноволосая. В области правого виска - фурункул 0,5см в диаметре. Высыпания гнойничкового характера на лбу, спине и груди. В правой подмышечной области - фурункул 1,5см в диаметре, округлой формы, кожа вокруг гиперемирована, болезненна при пальпации. В области левой молочной железы и на передней брюшной стенке слева - пигментированные рубцы.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Дайте пациенту рекомендации по профилактике ее заболевания.

Задача 3.

Больная Ж., 40 лет, обратилась с жалобами на наличие обширного очага поражения, занимающего всю левую половину лица с переходом на кожу волосистой части головы, обильное гнойное отделяемое в очаге, выраженную болезненность, зуд, повышение температуры тела, слабость, головные боли.

Считает себя больной в течение одной недели. Свое заболевание связывает с переохлаждением. Одну неделю назад у больной начали отмечаться сильные головные боли, боли вокруг левого глаза, слезотечение, по поводу чего больная принимала таблетки анальгина и цитрамона, но эффекта не было.

Живет в удовлетворительных бытовых условиях. Замужем, имеет одного ребенка. Перенесенные заболевания: сифилис, хронический гепатит. Больная отметила значительную потерю массы тела: за последние 2 года похудела на 15кг. Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем.

Общее состояние больной средней тяжести. Температура тела 38,7°C. Телосложение астеническое. Кожные покровы дряблые, влажные, тургор кожи снижен. Затылочные, шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 12см, подвижные, болезненные при пальпации. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. Пульс 98 уд. в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, густо обложен бело-желтым налетом. При осмотре отмечается значительное увеличение живота. Печень +4,0 +4,5см, болезненная при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Дермографизм розовый.

Локально: Кожно-патологический процесс носит островоспалительный, односторонний характер и локализуется на коже левой половины лица, захватывая кожу спинки и крыльев носа с переходом на лобную и теменную области волосистой части головы. Лицо асимметрично за счет выраженного отека левой половины. Проявления заболевания представляют собой сплошной очаг поражения без четких границ, занимающий полностью левую половину лица и волосистую часть головы. Кожа лица резко отечна, инфильтрирована, гиперемирована. Надбровные дуги утолщены, отечны, резко нависают над верхним веком, покрыты массивными плотными серозно-гнойными корками, при снятии которых обнажается кровоточащая поверхность. Левая глазная щель сомкнута из-за выраженного отека, имеется обильное серозно-кровянистое отделяемое. На коже левой половины лица и лобной области имеются множественные очаги, сливающиеся с образованием сплошной эрозированной поверхности, покрытой плотными гнойно-геморрагическими корками. Волосы на волосистой части головы склеены в пучки зловонным гнойно-серозным отделяемым. Имеются множественные мелкоочаговые некротические участки, покрытые черным струпом. Субъективно: резкая болезненность, зуд, жжение.

При обследовании:

В общем анализе крови: Нв 104г/л, Эр. 3,5x10¹²/л, ЦП=0,9, П 5,7x10⁹/л, п/я 2%, с/я 61%, э- 1%, лимф.32%, мон.4%, СОЭ 30 мм/ч (от 4.08.03)

В общем анализе мочи: белка нет, эпителий 2-3, р 1-0. В общем анализе кала: без патологии.

В биохимическом анализе крови: мочевины 1,3 ммоль/л, креатинин 57, 0 мкмоль/л, общий билирубин 11,2 ммоль/л (связанный 2,0, несвязанный 10,0), АлАТ 10U/L, АсАТ 12U/L, глюкоза 4,0 ммоль/л.

При исследовании сыворотки крови в ИФА на ВИЧ-инфекцию двукратно был получен резко положительный результат с высокими значениями оптической плотности-2,873 (при норме - 0,238). RW-отрицательная.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте лечение.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	

В	4	Мониторируемые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Строение кожи.
2. Строение эпидермиса.
3. Строение дермы.
4. Придатки кожи.
5. Функции кожи.

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)*

01. Укажите возможные причины простых дерматитов:

- а) трение, давление;
- б) лучевые факторы;
- в) прием внутрь лекарств;
- г) высокие и низкие температуры;
- д) химические вещества.

02. Укажите медикаменты наружного применения, которые могут вызывать дерматиты:

- а) ртуть;
- б) настойка йода;
- в) серная мазь 33%-ная;
- г) горчишки.

03. Укажите основные клинические признаки простого дерматита:

- а) четкие границы;
- б) нечеткие границы;
- в) выраженная клиническая стадийность поражения;
- г) жалобы на боль и жжение в области пораженной кожи.

04. Аллергические дерматиты часто вызывают все нижеперечисленные медикаменты наружного применения, кроме:

- а) мази с антибиотиками;
- б) перекиси водорода;
- в) клеола;
- г) настойки йода.

05. Укажите главные патогенетические особенности аллергических дерматитов:

- а) развиваются путем контактной сенсибилизации как реакция замедленного типа;
- б) аллерген попадает в кожу гематогенно;
- в) аллерген попадает в кожу извне;
- г) сыпь распространяется по всему телу;
- д) характеризуются локальной воспалительной реакцией в месте контакта с аллергеном.

06. Перечислите условия, необходимые для развития ознобления кожи:

- а) низкие температуры;
- б) высокая влажность воздуха;
- в) недостаточное кровоснабжение кожи;
- г) наличие сенсибилизации к химическим веществам;
- д) гиповитаминоз.

07. Укажите главные клинические признаки аллергических дерматитов:

- а) границы поражения нечеткие;
- б) границы поражения четкие;
- в) беспокоит сильный зуд пораженной кожи;
- г) зуд незначительный, преобладают боль и жжение;
- д) в месте контакта с раздражителем возникают эритема, отек, пузырьки.

08. Укажите положения, справедливые в отношении профессиональной экземы и профессионального аллергического дерматита:
- а) принципиальных различий между этими заболеваниями нет;
 - б) профессиональная экзема, как правило, начинается с профессионального аллергического дерматита;
 - в) для аллергического дерматита характерна поливалентная сенсibilизация;
 - г) у больного экземой имеется повышенная чувствительность к эмоционально - психическим перегрузкам.
09. Что из перечисленного характерно для симуляционных дерматитов (патомимий)?
- а) противоречивость анамнестических данных;
 - б) клиника простого дерматита;
 - в) локализация поражения в местах, доступных рукам больного;
 - г) наличие в местах поражений множества микровезикул.
10. Укажите типичные клинические признаки синдрома Лайелла:
- а) отсутствие температуры;
 - б) высокая температура, тяжелое общее состояние;
 - в) эритематозно-буллезная сыпь, геморрагии;
 - г) болезненность кожи при потирании, сползание эпидермиса;
 - д) высокая эозинофилия в крови.
11. Что из перечисленного рационально использовать в терапии больных токсидермией при нормальной температуре и хорошем самочувствии?
- а) антигистаминные препараты;
 - б) препараты донорской крови;
 - в) препараты кальция;
 - г) энтеросорбенты;
 - д) глюкокортикоидные гормоны.
12. Укажите основные клинические признаки экземы в острой стадии :
- а) эритема;
 - б) лихенизация;
 - в) микровезикулы;
 - г) микроэрозии;
 - д) мокнутие в виде капель росы.
13. Укажите основные клинические признаки хронической экземы:
- а) венозная гиперемия;
 - б) яркая гиперемия, отек;
 - в) инфильтрация, лихенизация;
 - г) шелушение;
 - д) микроэрозии, корочки.
14. Что из перечисленного относительно атопического нейродермита является верным?
- а) сезонность течения с летними ремиссиями или улучшениями;
 - б) интенсивный кожный зуд и характерная локализация поражений кожи - сгибательная поверхность конечностей, задняя поверхность шеи;
 - в) поражение кожи лица во всех фазах заболевания;
 - г) увеличение в период обострений содержания IgE в периферической крови;
 - д) наличие заболеваний «атопического круга» у родственников больных.
15. Какие мероприятия применяются для предупреждения рецидивов и тяжелого осложненного течения атопического нейродермита?
- а) профессиональная ориентация;
 - б) элиминационная диета;
 - в) санация очагов инфекции;
 - г) длительные профилактические курсы антигистаминных препаратов;
 - г) курсы ультрафиолетового облучения.
16. Для предупреждения возникновения атопического нейродермита у угрожаемого контингента целесообразно:
- а) целенаправленное наблюдение за беременными, имеющими в личном или семейном анамнезе атопические заболевания;
 - б) элиминационная диета во время беременности;

- в) строгая диета во время лактации;
 - г) прием антигистаминных препаратов во время беременности;
 - д) тщательное соблюдение гигиены кожи ребенка;
 - е) максимально раннее введение прикормов.
17. Что из перечисленного может использоваться в терапии нейродермита?
- а) цитостатики;
 - б) седативные препараты;
 - в) кортикостероиды внутрь и в виде мазей;
 - г) пасты и мази с дегтем и серой;
 - д) противозудные средства.
18. У пациента на слизистой щеки по линии смыкания зубов выявляются мелкие, с булавочную головку, плоские, многоугольные узелки серовато-белого цвета, формирующие мелкопетлистую сеточку. Перечисленные признаки поражения слизистой соответствуют
- а) красному плоскому лишаю;
 - б) псориазу;
 - в) вторичному периоду сифилиса;
 - г) афтозному стоматиту;
 - д) кандидозу слизистой полости рта.
19. При лечении красного плоского лишая используются:
- а) цитостатики;
 - б) седативные препараты;
 - в) антигистаминные препараты;
 - г) глюкокортикоиды;
 - д) противогрибковые препараты.
20. Укажите клинический симптом, который может встречаться у больных с витилиго:
- а) гипостезия;
 - б) эритема;
 - в) шелушение;
 - г) гипо- или депигментация;
 - д) инфильтрация.
21. При витилиго могут поражаться любые участки кожи:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
22. Витилиго обычно не встречается у новорожденных, но может затем развиваться в любой период жизни:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
23. Витилиго неуклонно прогрессирует, вплоть до вовлечения в процесс кожи всего тела
- а) правильно;
 - б) неправильно.
24. У пациента обнаруживаются врожденные депигментированные пятна, которые в дальнейшем не увеличивались. О каком заболевании следует думать в первую очередь?
- а) витилиго;
 - б) частичный альбинизм;
 - в) вторичная лейкодерема.
25. При витилиго используются:
- а) псорален внутрь;
 - б) псорален местно;
 - в) ультрафиолетовое облучение;
 - г) цитостатики;
 - д) гормональные мази.
26. Перечислите клинические признаки, характерные для себорейного дерматита:
- а) выраженный зуд;
 - б) эритемато-сквамозные очаги поражения;
 - в) четкие границы очагов;
 - г) нечеткие границы очагов;

д) локализация высыпаний в «себорейных местах».

27. Для себорейного дерматита типичны следующие локализации высыпаний:

- а) лоб;
- б) область бровей;
- в) носогубные складки;
- г) верхняя часть груди;
- д) межлопаточная область.

28. При лечении себорейного дерматита используются следующие мероприятия:

- а) очищение кожи;
- б) массаж с использованием жиросодержащих веществ;
- в) местное применение серосодержащих веществ;
- г) местное использование спиртовых растворов;
- д) местное применение антибактериальных средств.

29. Изменение функции сальных желез лежит в основе следующих заболеваний:

- а) вульгарные угри;
- б) розовые угри;
- в) пеллагра;
- г) себорейный дерматит;
- д) акне детского возраста.

30. Наиболее частый возраст появления вульгарных угрей:

- а) дошкольный;
- б) школьный;
- в) постпубертатный;
- г) средний;
- д) пожилой.

31. Перечислите факторы, способствующие возникновению акне:

- а) избыточная секреция сальных желез;
- б) бактериальная инфекция;
- в) изменения гормонального фона;
- г) эмоциональное напряжение.

32. Вульгарные угри проходят самопроизвольно после достижения возраста:

- а) 25 лет;
- б) 15 лет;
- в) 35 лет;
- г) 45 лет;
- д) 55 лет.

33. Вульгарные угри могут появляться:

- а) на щеках;
- б) на лбу;
- в) на подбородке;
- г) на плечах;
- д) на верхней части груди.

34. Усиленное выпадение волос может быть:

- а) при системной красной волчанке;
- б) при лечении цитостатиками;
- г) при нервном перенапряжении;
- д) при сидеропеническом синдроме.

35. У 25-летнего мужчины появились субъективно не беспокоящие очаги выпадения волос неправильной формы на волосистой части головы. Кожа в пределах очагов представляется совершенно нормальной. Какие два заболевания могут вызывать данную картину?

- а) дерматофития головы;
- б) гнездная плешивость;
- в) очаговая склеродермия;
- г) вторичный сифилис.

36. Для очаговой алопеции характерно обнаружение волос в виде «восклицательных знаков»:

- а) правильно;

б) неправильно.

37. В большинстве случаев в очагах алопеции волосы восстанавливаются самопроизвольно в течение 3 месяцев:

а) правильно;

б) неправильно.

38. Для лечения очаговой алопеции используются следующие лечебные средства:

а) введение глюкокортикоидов непосредственно в очаги поражения;

б) системное применение глюкокортикоидов;

в) циклофосфамид;

г) рентгенотерапия.

39. Алопеция может быть проявлением следующих заболеваний:

а) гнездной плешивости;

б) сифилиса;

в) псориаза.

40. К врачу обратился мужчина, 65 лет, по поводу бляшки на лице. При осмотре: в левой височной области бляшка округлой формы около 1 см в диаметре с сероватой плотной коркой. При удалении корки обнажилось слегка кровоточащее уплотненное основание. Образование развивалось медленно, в течение многих лет. Укажите наиболее вероятный диагноз:

а) базалиома;

б) болезнь Боуэда;

в) старческая кератома;

г) себорейная бородавка;

д) папиллома.

41. К врачу обратился мужчина, 70 лет. При осмотре: на тыле кистей обнаружены плотные сухие узелки буровато-серого цвета, покрытые чешуйками, при удалении которых обнажается бородавчатая поверхность. Укажите наиболее вероятный диагноз:

а) вульгарная бородавка;

б) болезнь Боуэда;

в) старческая кератома;

г) кожный рог;

д) кератопапиллома.

42. У женщины, 72 лет, на лице, шее, верхних конечностях обнаружены множественные очаги ограниченного гиперкератоза, плотные бляшки диаметром 1-1,5 см, округлой формы, покрытые плотно сидящими серыми корками. Укажите наиболее вероятный диагноз:

а) себорейная бородавка;

б) болезнь Боуэда;

в) старческая кератома;

г) диссеминированная красная волчанка;

д) множественные папилломы.

43. Перечислите клинические признаки базалиомы:

а) плотные белесоватые узелки;

б) изъязвление под периодически отпадающей корочкой;

в) валикообразный край бляшки, образованной слиянием телков;

г) бородавчатые разрастания на поверхности;

д) метастазирование в кости.

44. Чаще всего базалиомы локализуются на лице:

а) правильно;

б) неправильно.

45. К врачу обратился мужчина, 53 лет. При осмотре: в области внутреннего угла глаза слева имеется розоватое пятно овальной формы с плотным, приподнятым, валикообразным краем по периферии, в центре незначительное западение. Болен около 3 лет. Укажите наиболее вероятный диагноз:

а) кератоакантома;

б) болезнь Боуэда;

в) красная волчанка;

г) базалиома поверхностная;

д) себорейный кератоз.

46. У женщины, 60 лет, в левой надбровной области врач обнаружил плотную белесоватую бляшку с несколько приподнятыми краями и телеангиэктазиями в ее центральной части. Давность болезни - около 4 лет. Наблюдается медленный рост по периферии. Укажите наиболее вероятный диагноз:
- а) ограниченная склеродермия;
 - б) болезнь Боуэна;
 - в) склероатрофический лишай;
 - г) базалиома;
 - д) атрофия Пазини – Пьерини.
47. Укажите клинические признаки, позволяющие предположить плоскоклеточный рак кожи:
- а) увеличивающаяся в размерах незаживающая язва;
 - б) разрастания по типу «цветной капусты»;
 - в) плоские пигментированные высыпания;
 - г) множественные опухоли.
48. Плоскоклеточный рак может возникать на любом участке кожного покрова:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
49. Перечислите клинические признаки, характерные для меланомы:
- а) ускоренный рост пигментного пятна;
 - б) зуд;
 - в) изменение цвета (потемнение или уменьшение пигментации);
 - г) явления реактивного воспаления (венчик эритемы);
 - д) появление дочерних узелков.
50. При меланоме характерно поражение:
- а) лица;
 - б) шеи;
 - в) туловища;
 - г) подошв;
 - д) области ногтевого ложа.
51. У женщины, 40 лет, на коже спины врач обнаружил бляшку неправильной формы, темно-бурого цвета с бугристой поверхностью, размером 1,5х2 см. Бляшке предшествовало «родимое пятно». Рост образования большая связывает с механическим воздействием веником в бане. Укажите наиболее вероятный диагноз:
- а) пигментная гранулема;
 - б) ангиофиброма;
 - в) гистиоцитома;
 - г) меланома;
 - д) себорейная кератома.
52. К врачу обратилась женщина, 68 лет, в связи с быстро увеличивающейся «родинкой» на шее. При осмотре: имеет место узловатое образование с плотно-бугристой поверхностью, по периферии имеются мелкие узелки-отсевы. Укажите наиболее вероятный диагноз:
- а) пигментированный папилломатозный порок развития;
 - б) пигментированная базалиома;
 - в) сиринома;
 - г) меланома;
 - д) болезнь Боуэна.
53. Укажите две наиболее частые локализации карбункула:
- а) нижней отдел живота;
 - б) задняя поверхность шеи;
 - в) внутренняя поверхность бедер;
 - г) область поясницы;
 - д) переднебоковая поверхность голени.
54. При постановке пациенту диагноза «карбункул» необходимо:
- а) назначить амбулаторно антибиотики широкого спектра;
 - б) госпитализировать больного в хирургический стационар для проведения оперативного лечения;
 - в) назначить амбулаторно местную антибактериальную терапию.
55. К классическим признакам гидраденита относятся:

- а) появление воспалительных узлов;
- б) зуд;
- в) боль;
- г) локализация в подмышечной области;
- д) увеличение молочной железы.

56. Для лечения гидроаденита применяются:

- а) антибиотики;
- б) противотуберкулезные препараты;
- в) глюкокортикоиды;
- г) широкое хирургическое иссечение.

57. Перечислите основные клинические формы стрептококковых поражений кожи

- а) импетиго стрептококковое;
- б) стрептококковая опрелость;
- в) хроническая диффузная стрептодермия;
- г) эктима;
- д) рожистое воспаление;
- е) карбункул.

58. Что из перечисленного применяется для лечения бородавок?

- а) наружное применение кератолитических препаратов;
- б) втирание в кожу противовирусных мазей;
- в) электротермокоагуляция;
- г) криодеструкция.

59. Женщина, 48 лет, жалуется на болезненность кожи левой пятки, особенно при ходьбе. Больная сравнивает свои ощущения с «гвоздем в сапоге». При осмотре: в центре пяточной области имеется выраженный гиперкератоз округлой формы диаметром около 3 см, в центре имеется западение, определяется своеобразный «стержень», уходящий в глубину кожи. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

- а) остроконечная кондилома;
- б) вульгарная бородавка;
- в) оmozолелость;
- г) плоская бородавка;
- д) подошвенная бородавка.

60. К развитию диссеминированных бородавок предрасполагает

- а) злокачественная лимфома;
- б) прием кортикостероидов;
- в) хирургические операции;
- г) ВИЧ-инфекция;
- д) сахарный диабет.

61. Женщина, 40 лет, жалуется на интенсивные боли в области поясницы, крестца, правой ягодицы, иррадиирующие в правое бедро. Больной поставлен диагноз «пояснично-крестцовый радикулит». На следующий день больная повторно обратилась к врачу, так как обнаружила у себя какие-то кожные высыпания. При осмотре: имеются ярко-розовые отечные пятна и сгруппированные везикулы, располагающиеся полосовидно от крестца до средней трети бедра. О каком заболевании следует думать в первую очередь?

- а) аллергический дерматит;
- б) простой пузырьковый лишай;
- в) острая экзема;
- г) опоясывающий лишай;
- д) стрептодермия.

62. Что из перечисленного относительно опоясывающего лишая является верным?

- а) большие контагиозны, особенно для детей;
- б) вирус опоясывающего лишая идентичен вирусу ветряной оспы;
- в) заболевание представляет угрозу для жизни больного;
- г) при рецидивирующем опоясывающем лишае обязательно исследование на ВИЧ-инфекцию.

63. Перечислите классические клинические черты опоясывающего лишая:

- а) асимптомные высыпания;

- б) лихорадка;
 - в) болезненность в местах высыпаний;
 - г) сгруппированные сливающиеся везикулы;
 - д) сегментарное расположение высыпаний.
64. Появление опоясывающего лишая может быть спровоцировано:
- а) назначением кортикостероидов;
 - б) применением цитостатиков;
 - в) назначением гамма-глобулина;
 - г) злокачественными новообразованиями;
 - д) злокачественной гипертензией.
65. Рецидивирующий опоясывающий лишай у мужчин молодого и среднего возраста является СПИД-индикаторным заболеванием:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
66. Укажите возможные осложнения опоясывающего лишая:
- а) невралгические боли;
 - б) вирусный энцефалит;
 - в) тремор;
 - г) келоидные рубцы;
 - д) парестезии.
67. Постгерпетические невралгии чаще встречаются:
- а) у детей ясельного возраста;
 - б) у детей дошкольного возраста;
 - в) у школьников;
 - г) у взрослых.
68. Для лечения постгерпетической невралгии применяются:
- а) анальгетики;
 - б) нестероидные противовоспалительные препараты;
 - в) паравертебральные блокады;
 - г) иммунодепрессанты;
 - д) чрескожная электростимуляция.
69. Укажите клинические черты простого лишая:
- а) чувство жжения в местах высыпаний;
 - б) сгруппированные везикулы с ободком гиперемии;
 - в) поверхностные полициклические эрозии;
 - г) гепатоспленомегалия;
 - д) рецидивирование высыпаний.
70. Язвенные поражения в аногенитальной области, вызываемые вирусами простого лишая и существующие 3 и более месяцев, являются СПИД-индикаторным заболеванием:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
71. Укажите средства для местной терапии простого лишая:
- а) ацикловир;
 - б) кортикостероидные мази, кремы;
 - в) хелепин;
 - г) эфир;
 - д) флореналь.
72. Системное назначение ацикловира целесообразно:
- а) при опоясывающем лишае;
 - б) при гепатите В;
 - в) при генерализованных формах простого лишая;
 - г) при ветряной оспе;
 - д) при инфекционном мононуклеозе.
73. К характерной локализации пролежней относится:
- а) область крестца;
 - б) область живота;

- в) область большого вертела;
 - г) пятки;
 - д) область шеи.
74. Мерами профилактики пролежней являются:
- а) борьба с белковой недостаточностью;
 - б) поворачивание больного в постели и растирание кожи в зоне возможных пролежней камфорным спиртом;
 - в) использование резинового круга;
 - г) прибинтовывание мягких ватных колечек к участкам, где имеется угроза пролежней;
 - д) прикладывание пузырей со льдом к зонам возможного развития пролежней.
75. До развития некротических изменений при лечении пролежней применяется:
- а) иссечение измененной кожи;
 - б) обработка кожи раствором КМпО₄, бриллиантовым зеленым;
 - в) растирание кожи вне зоны гиперемии камфорным спиртом;
 - г) наложение повязки с мазью Вишневского.
76. В фазу гангренозных изменений при лечении пролежней проводится:
- а) рассечение кожи;
 - б) некрэктомия;
 - в) промывание раствором перекиси водорода и перманганата калия;
 - г) наложение повязок с гипертоническим раствором, левосином;
 - д) наложение повязок с синтомициновой эмульсией на зоны грануляции;
 - е) переливание больному белковых препаратов, витаминотерапия.
77. Пролежни могут осложняться сепсисом:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
78. Перечислите предрасполагающие факторы для развития кандидоза:
- а) сахарный диабет;
 - б) ингаляции глюкокортикоидов;
 - в) прием тетрациклина;
 - г) использование иммунодепрессантов;
 - д) беременность.
79. Для заживления пролежней всегда требуется пересадка кожи:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
80. Трофические язвы чаще всего локализуются:
- а) на голених, стопах;
 - б) на бедрах;
 - в) на кистях;
 - г) на брюшной стенке;
 - д) на спине.
81. Наиболее частой причиной развития трофических язв голени является:
- а) варикозное расширение вен;
 - б) диабетическая ангиопатия;
 - в) облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей.
82. Трофические язвы, возникшие на почве хронического нарушения артериального кровообращения нижних конечностей, локализуются преимущественно:
- а) на пальцах стоп;
 - б) в области лодыжек;
 - в) в области голени.
83. Для посттромбофлебитического синдрома характерно развитие трофических язв на нижних конечностях
- а) правильно;
 - б) неправильно.
84. К основным принципам лечения трофических язв относятся:
- а) воздействие на основное заболевание, приводящее к развитию трофических язв;
 - б) местное лечение язвы;

- в) улучшение микроциркуляции;
 - г) усиление анаболических процессов.
85. При лечении трофических язв на почве варикозного расширения вен нижних конечностей обязательным является бинтование эластическим бинтом:
- а) правильно;
 - б) неправильно.
86. В фазе гидратации и некроза на трофические язвы накладывают повязки:
- а) с гипертоническим раствором;
 - б) с протеолитическими ферментами;
 - в) с водорастворимой мазью типа «Левосин»;
 - г) с коллагеном;
 - д) с метилурациловой мазью.
87. В фазе эпителизации на трофические язвы накладывают повязки:
- а) с гипертоническим раствором;
 - б) с солкосерилом;
 - в) с метилурациловой мазью;
 - г) с настойкой йода;
 - д) со спиртом.
88. Укажите наиболее типичные клинические признаки сквамозно-гиперкератотической формы микоза стоп:
- а) гиперкератоз диффузный;
 - б) усиление кожного рисунка;
 - в) отрубевидное шелушение;
 - г) трещины;
 - д) пузырьки («саговые зерна»).
89. Перечислите фунгицидные препараты, используемые в местной терапии микозов:
- а) настойка йода;
 - б) деготь березовый;
 - в) ундециленовая кислота;
 - г) салициловая кислота;
 - д) борная кислота.
90. Перечислите основные клинические признаки интертригинозной формы микоза стоп:
- а) мацерация;
 - б) отслойка рога;
 - в) трещины;
 - г) отечность;
 - д) гиперемия.
91. Перечислите показания для системного назначения противогрибковых средств:
- а) микоз волосистой части головы;
 - б) микоз паразитарный;
 - в) распространенный микоз гладкой кожи;
 - г) микоз стоп;
 - д) микоз крупных складок.
92. Дерматофитами могут поражаться:
- а) легкие;
 - б) желудочно-кишечный тракт;
 - в) кожа;
 - г) ногти;
 - д) волосы.
93. Люди могут заражаться дерматофитами:
- а) от других людей;
 - б) от москитов;
 - в) от кошек;
 - г) от собак.
94. К развитию дерматофитий предрасполагают:
- а) жаркий климат;

- б) сухая погода;
 в) повышенная влажность;
 г) лечение кортикостероидами и иммуносупрессантами;
 д) обезжиривание кожи при частом мытье.
95. Микоз волосистой части головы клинически можно подозревать:
 а) при локализованном участке алопеции с нормальной кожей;
 б) при локализованном участке алопеции с сухими чешуйками и отдельными обломанными волосами;
 в) при локализованном участке алопеции с рубцами на коже;
 г) при легком удалении волос при их потягивании в области очага;
 д) при наличии очагов по границе роста волос.
96. Отметьте характерные клинические черты микоза гладкой кожи:
 а) кольцевидное поражение с «активным», растущим краем очага;
 б) папуловезикулезные высыпания по краю очага;
 в) зуд;
 г) уртикарии по периферии очагов;
 д) изъязвления в центре очагов.
97. 40-летний мужчина имеет безболезненные беловатые участки мацерации кожи межпальцевых промежутков обеих стоп. Перечислите заболевания, которые могут вызывать описанную ситуацию
 а) кандидоз;
 б) дерматофития;
 в) мозоли;
 г) интертриго бактериальное;
 д) контактный дерматит.
98. Для подтверждения диагноза дерматофитоза необходимо исследование:
 а) мокроты;
 б) ногтевых пластинок;
 в) волос;
 г) кожных чешуек.
99. Какие исследования целесообразно провести для подтверждения диагноза дерматофитии:
 а) осмотр в лучах лампы Вуда;
 б) микроскопия соскоба кожных чешуек и/или ногтевых пластинок;
 в) культуральное исследование кожных чешуек и/или ногтевых пластинок;
 г) заражение лабораторных животных материалом от больных;
 д) биопсия кожи.
100. *Candida albicans* могут быть выделены у здорового человека:
 а) из полости рта;
 б) из волосистой части головы;
 в) из желудочно-кишечного тракта;
 г) из легких;
 д) из влагалища.

Ответы на тестовые задания:

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
001	Абгд	051	г
002	Абвг	052	г
003	Авг	053	бг
004	Б	054	б
005	Авд	055	авг
006	Абвд	056	а
007	Авд	057	абвгд
008	Бвг	058	абвг
009	Абв	059	д
010	Бвг	060	абг
011	Авг	061	г

012	Авгд	062	абг
013	Авг	063	бвгд
014	Абгд	064	абг
015	Абвд	065	а
016	Абвд	066	agd
017	Бвгд	067	г
018	А	068	абвд
019	Бвг	069	абвд
020	Г	070	а
021	А	071	авгд
0222	А	072	авг
023	Б	073	авг
024	Б	074	абвг
025	Абв	075	бв
026	Абгд	076	абвгде
027	Абвгд	077	а
028	Вгд	078	абвгд
029	Ад	079	а
030	В	080	а
031	Абв	081	а
032	А	082	а
033	Абвгд	083	абвг
034	Абв	084	а
035	Бг	085	абвг
036	А	086	бв
037	А	087	абв
038	Аб	088	абв
039	Аб	089	абв
040	В	090	абвд
041	В	091	вгд
042	В	092	авг
043	Абв	093	авг
044	А	094	бгд
045	Г	095	абв
046	Г	096	абг
047	Абд	097	бвг
048	А	098	абв
049	Абвгд	099	авд
050	Абвгд	100	абвгд

4) Решить ситуационные задачи.

Задача 1.

На прием к ВОП обратился больной И., 45 лет, с жалобами на высыпания по всему кожному покрову, сопровождающиеся зудом.

Считает себя больным в течение трех месяцев. Первые высыпания появились в летнее время года на волосистой части головы, затем на разгибательной поверхности предплечий, на туловище. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отец больного и дед страдали подобным же заболеванием. Из сопутствующих заболеваний отмечает хронический холецистит.

Объективно: высыпания носят распространенный характер, симметричные, локализуются на разгибательной поверхности конечностей, на туловище, волосистой части головы. Представлены мономорфной папулезной сыпью, ярко-красного цвета, округлой формы, размерами от 0,5 до 1 см в диаметре, бляшками размером 5 x 5 см. Поверхность папул в центре покрыта серебристо-белыми чешуйками, по периферии – ободок ярко-красного цвета. Наблюдается появление новых папул и их периферический рост. При поскабливании высыпаний появляется гладкая блестящая поверхность,

затем точечное кровотечение.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 2.

Больной Н., 37 лет, жалуется на высыпания на разгибательных поверхностях конечностей, сопровождающиеся зудом, боли в области правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей, изменения ногтевых пластинок.

Болен около 5 лет, когда впервые осенью на разгибательной поверхности локтевых суставов появились высыпания, покрытые чешуйками. Затем такие же высыпания появились в области коленных суставов. Обострение заболевания отмечает в зимнее время года, летом – улучшение. Боли в суставах беспокоят в течение года. Страдает хроническим тонзиллитом.

Объективно: На разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов имеются бляшки бурого цвета, размером 5 x 8 см, по всей поверхности покрытые серебристо-белыми чешуйками. Периферического роста бляшек, появления новых элементов не наблюдается. При поскабливании бляшек появляется «стеариновое пятно».

Ногтевые пластинки утолщены, отмечается симптом «наперстка». В области правого лучезапястного сустава, межфаланговых суставов кистей имеется припухлость, деформация дистальных фаланговых суставов, движения в них ограничены.

На рентгенограммах правого лучезапястного и межфаланговых суставов кистей определяются сужение суставных щелей, околосуставной остеопороз.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 3.

Больная К., 23 лет, жалуется на появление высыпаний на коже туловища. Субъективных жалоб нет. Заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: на боковых поверхностях туловища, живота имеются овальной формы розово-красного цвета пятна размером 0,8 x 0,4 см, своим длинником пятна расположены параллельно ребрам. На животе пятно размером 2,5 x 1,5 см, которое, как отмечает больная, появилось за неделю до обильных высыпаний. В центре пятен отмечается шелушение в виде смятой папиросной бумаги.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 4.

Больная М., 27 лет, жалуется на появление зудящих высыпаний, общее недомогание, повышение температуры тела до 37,5° С. Высыпания появились в период заболевания ангиной, по поводу которой принимала аспирин, какой-то антибиотик, полоскания горла раствором перманганата калия.

Объективно: на коже туловища, лица, верхних и нижних конечностей обильная сливающаяся розеолезная, папулезная сыпь розово-красного цвета с мелкопластинчатым шелушением. Местами имеются немногочисленные петехии.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Задача 5.

На прием к врачу обратился больной К., 28 лет, работает сварщиком, жалуется на высыпания и зуд в области правой голени.

Неделю назад на работе получил ожог правой голени. К врачу не обращался, ничем не лечился. На месте ожога через пять дней заметил покраснение, которое быстро увеличилось, затем возникла отечность голени, стал беспокоить зуд. Почти одновременно появились мокнутие, эрозии, корки. Сопутствующая патология – хронический тонзиллит.

Объективно. В средней трети правой голени на месте ожога имеются две язвочки, покрытые гнойным отделяемым. Вокруг них – эритема с четкими границами, размером 9 x 18 см, мелкие папулы, везикулы, мокнутие. По периферии очага поражения – отсев пустул.

Поставьте диагноз и определитесь с тактикой ведения пациента в условиях ОВП.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю.

Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017

2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.

4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство

7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>

8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>

9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>

10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Тема 10.2: Инфекции, передающиеся половым путем, встречающиеся в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с инфекциями, передающимся половым путем.

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Инфекции, передающиеся половым путем, в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в

условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Инфекции, передающиеся половым путем, в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- 1) Венерические болезни.
- 2) Диагностика в условиях первичной медицинской помощи

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, , решение ситуационных задач, отработка практических навыков – исследования предстательной железы.*

Алгоритм ректального осмотра мужчины (см. оценочный лист)

3. Решить ситуационные задачи

- 1) *Алгоритм разбора задач:* ведущая жалоба, основной клинический синдром, предварительный диагноз, план обследования и лечения

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

1. Хламидийная инфекция (урогенитальный хламидиоз)

Урогенитальный хламидиоз – частое заболевание, передающееся преимущественно половым путем (ЗППП); возбудитель – *Chlamydia trachomatis*.

Заражение происходит при половых контактах. При прохождении через родовые пути возможно инфицирование новорожденного с развитием конъюнктивита и/или воспаления легких. Бытовое заражение маловероятно.

Инкубационный период составляет 1-3 нед. Значительная часть инфицированных является бессимптомными носителями (20-50% мужчин и до 75% женщин).

Типичный пациент (при наличии симптоматической инфекции)

Сексуально активная женщина или мужчина, чаще в возрасте 19-40 лет, с недавно появившимися

жалобами на:

- женщина - скудные водянистые или слизистые выделения из влагалища, боль при мочеиспускании и боли внизу живота; возможно межменструальные или посткоитальные кровотечения;
- мужчина - боли при мочеиспускании и/или скудные прозрачные выделения из мочеиспускательного канала.

Факторы риска

Возраст моложе 25 лет; смена полового партнера в течение последнего года; два и более партнеров в течение года.

Признаки наличия серьезных проблем

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин; эпидидимит или орхит у мужчин

Психосоциальные факторы риска

Частая смена половых партнеров, низкий социально-экономический статус, ЗППП в анамнезе.

По зарубежным данным, проституция не является значимым фактором в распространении хламидиоза. Мужчины чаще заражаются от временных партнерш (около 60% случаев инфицирования), а женщины – от постоянного партнера.

Ведение пациента

Симптомы

При гинекологическом осмотре у женщин обнаруживаются признаки цервицита: слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, гиперемия, отечность и склонность к кровоточивости наружного зева шейки матки.

Реже встречаются: проктит (протекает как кишечное заболевание со стертой клинической картиной; возможна боль в прямой кишке, зуд и выделения); хламидийный конъюнктивит у взрослых и новорожденных.

Осложнения

У мужчин - эпидидимит и орхит. Патогенетическую роль хламидий в развитии простатита считают незначительной, но не исключают.

У женщин – воспалительные заболевания органов малого таза (аднексит, сальпингит, эндометрит), которые являются одной из главных причин женского бесплодия.

Независимо от пола: реактивный артрит (синдром Рейтера) – страдает около 1% инфицированных мужчин, несколько реже встречается у женщин; перигепатит (редко) – за счет восходящего распространения инфекции из малого таза.

Диагностика

Обследование больного с типичными жалобами включает сбор анамнеза и жалоб; визуальное обследование, у женщин – осмотр шейки матки в зеркалах; лабораторные тесты на хламидиоз, другие ЗППП и ВИЧ-инфекцию.

Типичные клинические проявления позволяют заподозрить хламидиоз; поставить достоверный диагноз можно только на основании лабораторных тестов.

Лабораторная диагностика

- изоляция возбудителя на культуре клеток (культуральный метод) – чувствительность – около 80%, специфичность 100%;
- методы генной амплификации - полимеразная цепная реакция (ПЦР), лигазная цепная реакция (ЛЦР) – чувствительность приближается к 100%;
- иммуноферментный анализ (ИФА), прямой иммунофлюоресцентный метод (ПИФ) - максимальная чувствительность 80%, специфичность 98-99%, однако на практике могут быть ниже в зависимости от качества тест-систем, что приводит к большому числу ложно-положительных результатов.

Методом выбора является ПЦР или ЛЦР, чувствительность которых приближается к 100%, что намного превышает чувствительность культуральных методов, ПИФ и ИФА.

Применение серологических тестов (выявление антител к хламидиям) для диагностики хламидиоза нецелесообразно, так как не позволяет отличить перенесенную и текущую инфекцию. Серологические тесты используют только при подозрении на хроническое течение заболевания, в этом случае проводят исследование на IgM и IgG.

Материал для исследования. У мужчин исследуют мочу; у женщин – мочу или материал из цервикального канала, взятый при помощи тампона. До забора материала пациенту необходимо воздержаться от мочеиспускания в течение 2 часов. Материал транспортируют в лабораторию

обычным путем; при необходимости в течение 3-4 дней можно хранить в холодильнике.

Лабораторные тесты должны быть назначены в следующих ситуациях:

- симптомы хламидиозной инфекции (см. выше),
- эпидидимит или орхит у сексуально активных мужчин;
- воспалительные заболевания органов малого таза у женщин;

Необходимо также обследовать:

- матерей новорожденных с хламидиозным конъюнктивитом;
- половых партнеров;
- больных другими инфекциями, передающимися преимущественно половым путем;
- беременных женщин, в т.ч. женщин, направленных на искусственное прерывание беременности;
- женщин с факторами риска, которым предстоит вмешательства в полости матки (в т.ч. введение внутриматочной спирали);
- мужчин-доноров спермы.

Возможно использование ПЦР или ЛЦР для скрининга на бессимптомные формы. Материал можно забрать в домашних условиях. В ряде стран рекомендован скрининг:

- сексуально активных женщин в возрасте моложе 25 лет (оптимальная частота не определена; приемлемым может считаться ежегодное обследование);
- сексуально активных женщин в возрасте 25 лет и старше при наличии 2 и более партнеров в течение последнего года или сменивших партнера в течение года

Вопрос о целесообразности скрининга среди молодых сексуально активных мужчин остается нерешенным.

Лечение

При признаках серьезных проблем

Консультация специалиста (уролог, гинеколог).

При отсутствии признаков серьезных проблем

Лечение включает антибиотикотерапию, информирование пациента о необходимости лечения половых партнеров и о мерах предупреждения ЗППП.

Рекомендуется несколько различных схем антибиотикотерапии для лечения неосложненного уrogenитального хламидиоза: Основные схемы (одна из предложенных альтернатив «или-или»)

Азитромицин 1000 мг однократно внутрь

Доксициклин По 100 мг 2 раза в сут в течение 7-10 дней внутрь

Альтернативные схемы

Офлоксацин 200 мг 2 р в сут или 400 мг 1 р в сут 7 дней внутрь

Тетрациклин 500 мг 4 р в сут 7 дней внутрь

Эритромицин 500 мг 4 раза в сут 7 дней внутрь

Эритромицин 500 мг 2 раза в сут 14 дней внутрь

При беременности (одна из альтернатив)

Эритромицин 500 мг 4 раза в сут 7 дней внутрь

Эритромицин 500 мг 2 раза в сут 14 дней внутрь

Амоксициллин 500 мг 3 раза в сут 7 дней внутрь

Азитромицин 1000 мг однократно внутрь

Примечания. Азитромицин и доксициклин имеют равную эффективность в рандомизированных клинических исследованиях (РКИ).

Схема с азитромицином имеет преимущества с точки зрения соблюдения медицинских рекомендаций, поскольку предполагает однократный прием (особенно целесообразна у пациентов, которые плохо соблюдают рекомендации), но требует больших затрат.

Доксициклин и офлоксацин противопоказаны при беременности. Эффективность и безопасность азитромицина предполагаются, однако целесообразность его применения до сих пор обсуждается.

Эритромицин часто вызывает побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта, что может привести к нарушению соблюдения рекомендаций.

Ципрофлоксацин – не рекомендуется для лечения уrogenитального хламидиоза, поскольку показал меньшую эффективность в РКИ по сравнению с доксициклином.

При наличии осложнений пациентам может потребоваться комбинированная антибиотикотерапия.

У пациентов с симптомами хламидиоза и их половых партнеров можно начинать лечение, не дожидаясь результатов лабораторных тестов.

Проведение контрольного лабораторного исследования после завершения лечения не обязательно, если пациент соблюдал рекомендации, симптомы исчезли, и нет подозрения на реинфекцию. Пациенты с бессимптомным течением могут настаивать на проведении контрольного исследования. Контрольное обследование проводят культуральным методом или ПЦР не ранее чем через 3 недели после начала лечения.

Необходимо разъяснить больному, что следует обследовать и лечить половых партнеров. Одновременное лечение партнера предупреждает рецидив заболевания. Создание благоприятных условий для обращения к врачу и скринингового обследования способствуют более полному выявлению половых партнеров.

2. Генитальный герпес

Типичный случай

Женщина 28 лет, не замужем. Предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38,0, головную боль, зуд, покраснение половых органов. Также жалуется на появление во рту, на ягодицах и половых губах мелких пузырьков с прозрачным содержимым, при разрыве образующие болезненные язвочки, на вагинальные и уретральные выделения. На припухание и болезненность лимфоузлов паховой области. Боли режущего характера при мочеиспускании.

Признаки серьезного состояния

- Подозрением на впервые возникший ГГ;
- Беременность;
- Лица с ослабленным иммунитетом;
- Неврологическая симптоматика;
- Острая задержка мочи;
- Отсутствие эффекта от лечения.

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

- Эмоциональные нарушения, подавленность, чувства страха и вины, тревога и депрессия;
- Сопутствующая психиатрическая патология;
- Хроническая боль и раздражение кожи в области гениталий и перианальной области.

Факторы риска:

Более 5 половых партнеров в течение жизни; партнер с генитальным герпесом; часто возникающие эрозии и повреждения кожи в области ягодиц и перианальной области.

Ведение пациента

Диагностика:

Анамнез

Обратить внимание на: симптомы вирусного заболевания (лихорадка, головная боль, боль в мышцах и т.д.); выраженность и продолжительность симптомов.

Физикальное исследование:

Осмотр половых органов – зуд, покраснение. Везикулы с прозрачным или мутным содержимым, при разрыве образующие болезненные язвочки. При заживлении на коже образуются корки. Могут наблюдаться вагинальные и уретральные выделения;

Осмотр кожных покровов (ягодицы и перианальная область) и полости рта;

Лимфоузлы паховой области могут припухать и быть болезненными при пальпации;

Дизурия, острая задержка мочи.

Инструментальные исследования:

Необходимо проведение всем лицам с впервые выявленным ГГ, а также пациентам с рецидивирующим течением ГГ, у которых вирусологические исследования до этого не проводилось.

Посев вируса на культуре ткани – золотой стандарт диагностики (обычно недоступен ввиду высокой стоимости и длительности проведения процедуры). Важно правильно собрать образцы возбудителей. Содержимое везикул – лучший источник материала для вирусологического исследования;

При невозможности посева вируса на культуре ткани: прямое определение вирусных антигенов, иммунофлюоресцентный анализ, полимеразная цепная реакция (ПЦР), серология.

Подтверждение диагноза ГГ необходимо проводить в специализированных кожно-венерологических отделениях для исключения сопутствующих венерических заболеваний, а также

уведомления половых партнеров и назначения адекватного лечения.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Внутривенное введение противовирусных препаратов под наблюдением специалиста показано в тех случаях, когда пациент не может глотать, наблюдается толерантность к пероральным препаратам, а также во время беременности и у иммунокомпрометированных лиц.

При отсутствии индикаторов серьезного заболевания

Рекомендовать воздерживаться от половых контактов, если имеются выраженные симптомы ГГ, а также при повреждении кожных покровов и слизистых;

Рекомендовать мужчинам использовать презервативы для профилактики инфицирования ГГ женщин;

Назначение пероральных анальгетиков. Местные анестетики (мази, содержащие лидокаин) могут применяться лишь короткое время, поскольку могут вызывать реакции гиперчувствительности;

Соляные ванны, пакеты со льдом, применение вазелина могут облегчить боль;

Симптомы дизурии могут быть облегчены при мочеиспускании в теплой ванне, применением местных анестетиков за 5 минут до мочеиспускания, приемом большого количества воды для разжижения мочи.

Противовирусная терапия

Необходимо немедленное назначение противовирусных препаратов, не ожидая результатов вирусологических или серологических исследований;

Наиболее эффективно применение пероральных противовирусных препаратов (например, ацикловир по 200 мг 5 раз в день) в течение 5 дней после появления первых симптомов заболевания или появления новых везикул и эрозий.

Местное применение противовирусных препаратов не рекомендуется.

Противовирусная терапия между приступами показана в случае частых повторных случаев ГГ (чаще, чем 6 раз в год), подтвержденного лабораторно; тяжелых проявлений ГГ; тяжелых психологических переживаний, связанных с заболеванием. Продолжительность – не более 1 года (ацикловир 400 мг перорально 2 раза в день или 200 мг 4 раза в день).

При наличии психосоциальных факторов риска хронизации процесса и инвалидизации

Консультация специалиста (психолог, психиатр)

Гигиена перианальной и генитальной областей, рекомендуется носить свободное белье

Образование пациентов (о способах передачи, симптоматике, лечении инфекции, прогнозах) при помощи распространения брошюр, телефонов поддержки;

Создание групп самоподдержки пациентов (оказание поддержки и предоставление необходимой информации друг другу).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной В., 42 лет, масса тела 83кг, холост.

При профобследовании обнаружена положительная реакция микропреципитации с кардиолипидным антигеном (экспресс-метод). Классические серореакции (реакция связывания комплемента с трепонемным и кардиолипидным антигенами и микропреципитации) дважды резко положительные в разведении сыворотки 1:160 и 1:320, реакция иммобилизации трепонем - 47%, реакция иммунофлюоресценции - 3+.

При осмотре обнаружены незначительно увеличенные и уплотненные паховые и затылочные лимфатические узлы. В анамнезе - случайная половая связь год тому назад, самолечение тетрациклином (по 2 табл. 4 раза в день, 4-5 дней). Больному следует поставить диагноз:

- а) сифилиса раннего скрытого;
- б) сифилиса скрытого позднего;
- в) сифилиса скрытого неуточненного;
- г) ложноположительные серореакции;
- д) сифилиса первичного скрытого.

Задача 2.

Воспитательница детского сада привлечена к обследованию как половой партнер больного гонореей. В мазках и бактериологическом посеве, выполненном после комбинированной провокации, гонококк не обнаружен. На основании жалоб, клинического осмотра и данных лабораторного

исследования поставлен диагноз: хронический уретрит, эндоцервицит. Проведено адекватное лечение с эффектом. Каковы сроки диспансерного наблюдения

- а) через 7-10 дней после лечения, во время и по окончании ближайшей менструации;
- б) через 7-10 дней после лечения и в течение 2-3 менструальных циклов;
- в) клинико-серологический контроль в течение 1,5 месяцев;
- г) клинико-серологический контроль в течение 3 месяцев;
- д) клинико-серологический контроль в течение 6 месяцев.

Задача 3.

Девочке 3 лет на основании клинического осмотра и микроскопии мазков, окрашенных метиленовым синим, поставлен предварительный диагноз: острый вульвовагинит гонорейной этиологии. Для уточнения диагноза необходимо выполнить:

- а) бактериологическое исследование с микроскопией мазков, окрашенных по Граму;
- б) бактериоскопическое исследование мазков, окрашенных по Граму;
- в) вагиноскопию;
- г) определение сахаролитических свойств культуры, полученной при бактериологическом посеве;
- д) обследование родителей на гонорею.

Задача 4.

Девочка, 13 лет, по поводу гонореи закончила лечение в стационаре. Через 10 дней проведено клинико-лабораторное обследование с целью установления критериев излеченности. Гонококки в мазке не обнаружены, лейкоциты 5-8 в поле зрения, клинические признаки воспалительной реакции отсутствуют. Девочка посещать школу:

- а) не может;
- б) может;
- в) может через 1 месяц после окончания лечения;
- г) может после двух контрольных исследований с провокацией;
- д) может при условии регулярных явок на контроль.

Задача 5.

Женщина, 23 лет, обратилась к врачу с жалобами на жжение, зуд в области наружных половых органов, обильные, молочно-белые выделения с неприятным запахом. При осмотре - острый кольпит, обильные творожистые выделения в заднем своде, проба с 10% КОН положительная. В мазках - повышенное количество лейкоцитов, «ключевые» клетки, почкующиеся дрожжевые клетки и псевдомицелий. Диагноз:

- а) бактериальный вагиноз;
- б) острый урогенитальный кандидоз и бактериальный вагиноз;
- в) острый урогенитальный кандидоз;
- г) диагноз неясен, необходимо выполнить комбинированную провокацию с последующим бактериологическим исследованием;
- д) диагноз неясен, требуется произвести посев на трихомонаду.

Задача 5 (а).

Тактика лечения данной пациентки

- а) антимикотики, препараты метронидазола;
- б) антибиотики, антимикотики, препараты метронидазола;
- в) антимикотики, препараты метронидазола, местное лечение;
- г) антибиотики, местное лечение;
- д) препараты метронидазола, местное лечение.

Задача 6.

Женщина, 38 лет, в течение 4 месяцев отмечает выделение из влагалища, появляющиеся перед менструацией, после полового контакта, неприятный запах. При осмотре слизистые оболочки нормальной окраски, в заднем своде - скудное молочно-белое отделяемое, проба с 10% КОН положительная. В мазках обнаружены «ключевые» клетки >20%, лейкоциты в небольшом

количестве. Диагноз:

- а) здорова;
- б) хронический бактериальный вагиноз;
- в) диагноз неясен;
- г) кандидоз;
- д) банальный кольпит.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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
 1. Венерические болезни.
 2. Диагностика в условиях первичной медицинской помощи.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. Рецидивирующий опоясывающий лишай у мужчин молодого и среднего возраста является СПИД-индикаторным заболеванием
 - а) правильно
 - б) неправильно
2. Язвенные поражения в аногенитальной области, вызываемые вирусами простого лишая и существующие 3 и более месяцев, являются СПИД-индикаторным заболеванием
 - а) правильно
 - б) неправильно
3. *Candida albicans* могут быть выделены у здорового человека
 - а) из полости рта
 - б) из волосистой части головы
 - в) из желудочно-кишечного тракта
 - г) из легких
 - д) из влагалища
4. Обязательному обследованию на сифилис с применением серологических методов исследования подлежат больные, находящиеся:
 - А. в неврологических отделениях больницы
 - Б. в инфекционных отделениях больницы
 - В. в терапевтических отделениях больницы

- Г. в глазных отделениях больницы
- Д. правильно А. и В.
5. Обязательному обследованию на гонорею подлежат все контингенты, кроме:
- А. беременных
- Б. женщин, страдающих первичным бесплодием
- В. женщин, страдающих вторичным бесплодием
- Г. женщин, страдающих псориазом
- Д. женщин, бывших в контакте с больным гонореей
6. Наиболее характерным серологическим показателем для герпеса беременных является:
- А. реакция связывания комплемента с антителами против антигенов базальной мембраны кожи при иммунофлюоресцентном исследовании сыворотки крови беременной женщины
- Б. антиядерные антитела
- В. фактор Хазерика
- Г. повышение уровня IgA
- Д. повышение титра кожносенсибилизирующих антител
7. Диагностическое исследование кариотипа (хромосомного набора) лимфоцитов периферической крови необходимо:
- А. при моногенных дерматозах
- Б. при мультифакториальных дерматозах
- В. при хромосомных болезнях с симптоматическими поражениями кожи или сопровождающихся половым инфантилизмом
- Г. при врожденном сифилисе
- Д. при систематизированных невусах
8. Инфекции ВИЧ не передаются:
- А. трансфузионным путем
- Б. воздушно-капельным путем
- В. от заболевшей матери к плоду
- Г. инъекционным путем
- Д. половым путем
9. При подозрении на шанкриформную пиодермию необходимо провести исследования, кроме:
- А. на бледную трепонему отделяемого серума с поверхности язвы
- Б. РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем)
- В. РИФ (реакции иммунофлуоресценции)
- Г. КСР (комплекс серологических реакций)
- Д. все перечисленные исследования
10. Развитию кандидоза способствует все перечисленное, кроме:
- А. сахарного диабета
- Б. длительного лечения антибиотиками
- В. потливости, мацерации кожи
- Г. иммунодефицита
- Д. гипертонической болезни
11. При исследовании бледной трепонемы методом электронной микроскопии выявляются все образования, кроме:
- А. чехла
- Б. жгутиков
- В. фибрилл
- Г. цитоплазматической мембраны
12. Наиболее чувствительным серологическим тестом на сифилис является:
- А. реакция иммунофлуоресценции
- Б. реакция Колмера
- В. реакция Вассермана
- Г. реакция иммобилизации бледных трепонем РИБТ
- Д. все реакции одинаково чувствительны
13. Для сифилиса скрытого раннего характерна резко положительная реакция Вассермана:
- А. с низким титром реагинов
- Б. с низким титром реагинов у одних и высоким у других больных

- В. с высоким титром реагинов
 Г. титр реагинов значения не имеет
 Д. все ответы правильные
14. Для установления диагноза первичного серопозитивного сифилиса прежде всего необходимы положительные результаты реакции:
 А. Колмера
 Б. Вассермана
 В. иммунофлуоресценции
 Г. микропреципитации
 Д. Полимеразной цепной реакции
15. У больной 19 лет на внутренней поверхности малых половых губ имеются множественные болезненные неправильных очертаний язвы диаметром 1-2 см. Дно язв покрыто серозно-гнойным отделяемым. Температура тела 38°C, озноб. Паховые узлы не изменены. Для уточнения диагноза необходимы все перечисленные исследования, кроме:
 А. реакции иммобилизации бледных трепонем
 Б. реакции Вассермана
 В. исследования отделяемого язв на бледную трепонему
 Г. реакции иммунофлуоресценции
16. Больной 29 лет обратился к врачу с жалобами на изъязвления на половом члене. На внутреннем листке крайней плоти имеются 3 язвочки овальных очертаний с незначительным уплотнением в основании, чувствительные при пальпации. Бледная трепонема не найдена. Паховые узлы не увеличены. Реакция Вассермана отрицательная. Тактика врача включает все перечисленное, кроме:
 А. обследования на сифилис партнерши
 Б. повторения реакции Вассермана
 В. постановки реакции иммунофлуоресценции
 Г. назначения повязки с раствором антисептика
 Г. повторного исследования на бледную трепонему
17. Изменения крови у больных ранним врожденным сифилисом проявляются в виде:
 А. лейкопении
 Б. гипохромной анемии
 В. тромбоцитопении
 Г. эозинофилии
18. У больного предположительный диагноз - сифилис вторичный рецидивный. Серологические реакции слабо положительные. Для подтверждения диагноза наиболее важна:
 А. реакция Колмера
 Б. реакция иммунофлуоресценции
 В. реакция иммобилизации бледных трепонем
 Г. реакция микропреципитации
19. Реакция иммобилизации бледных трепонем производится в следующих случаях, кроме:
 А. подтверждения диагноза сифилиса первичного
 Б. подтверждения диагноза сифилиса скрытого
 В. расхождения результатов РСК и РИФ
 Г. решения вопроса о снятии больного с учета
20. Возбудитель гонореи - гонококк - относится:
 А. к парным коккам грам-отрицательным
 Б. к парным коккам грам-положительным
 В. к парным коккам грам-вариабельным
 Г. коккобациллам грам-отрицательным
 Д. Коккобациллам грам-вариабельным
20. Идентификация гонококков основывается на следующих признаках, кроме:
 А. парности кокков
 Б. грам-отрицательности
 В. грам-положительности
 Г. внутриклеточного расположения
 Д. бобовидности формы
21. В средах с сахарами гонококк разлагает:

- А. лактозу
 - Б. галактозу
 - В. глюкозу
 - Г. сахарозу
 - Д. рибозу
22. Наиболее доступны для поражения гонококками слизистые оболочки, выстланные:
- А. многослойным плоским неороговевающим эпителием
 - Б. многослойным плоским ороговевающим эпителием
 - В. переходным эпителием
 - Г. однослойным цилиндрическим эпителием
 - Д. Кубическим эпителием
23. Свежий острый передний уретрит гонорейной этиологии характеризуется всеми перечисленными признаками, кроме:
- А. обильных гнойных выделений
 - Б. болезненности при мочеиспускании
 - В. гиперемии губок наружного отверстия уретры
 - Г. наличия гнойных нитей в 1 и 2 порциях мочи
 - Д. Наличия гнойных нитей в 1 порции мочи
24. Противопоказаниями для забора секрета простаты для исследований является все перечисленное, кроме:
- А. острого уретрита
 - Б. подострого уретрита
 - В. торпидного уретрита
 - Г. острого простатита
 - Д. острого орхоэпидидимита
25. Больному острым гнойным орхоэпидидимитом проводятся все перечисленные исследования, кроме:
- А. секрета простаты
 - Б. отделяемого уретры на наличие других патогенных возбудителей
 - В. клинического анализа мочи
 - Г. клинического анализа крови
 - Д. двухстаканной пробы мочи
26. Диагностика острого паренхиматозного простатита основана на результатах исследования:
- А. осадка мочи
 - Б. анализа 3 порции мочи
 - В. УЗИ предстательной железы
 - Г. всего перечисленного
 - Д. все перечисленное неверно
27. При обследовании на гонорею женщин взятие отделяемого для бактериологического анализа производится из всех очагов, кроме:
- А. уретры
 - Б. парауретральных и барктолиновых желез
 - В. прямой кишки
 - Г. заднего свода влагалища
 - Д. цервикального канала
28. С целью диагностики трихомониаза у мужчин исследуют все перечисленное, кроме:
- А. отделяемого уретры
 - Б. секрета простаты
 - В. нитей в моче
 - Г. нитей в промывных водах прямой кишки
 - Д. все перечисленное верно
29. С целью диагностики трихомониаза у женщин исследуют все перечисленное, кроме:
- А. отделяемого уретры
 - Б. отделяемого цервикального канала
 - В. нитей в моче
 - Г. отделяемого заднего свода влагалища

- Д. все перечисленное
30. С целью диагностики урогенитального хламидиоза исследуют соскоб со слизистой оболочки :
- А. уретры и заднего свода влагалища
 - Б. уретры и цервикального канала
 - В. цервикального канала и прямой кишки
 - Г. уретры, цервикального канала и прямой кишки
 - Д. уретры
31. С целью диагностики урогенитального хламидиоза у мужчин исследуют:
- А. соскоб слизистой оболочки прямой кишки
 - Б. соскоб слизистой оболочки уретры, секрет простаты
 - В. соскоб слизистой оболочки уретры и прямой кишки
 - Г. секрет простаты
 - Д. нитей в моче
32. Диагноз мочевого трихомониаза может быть подтвержден всеми перечисленными исследованиями, кроме
- А. микроскопии мазков, окрашенных по Романовскому-Гимза
 - Б. изоляция возбудителя на клетках Мак-Коя
 - В. микроскопии мазков, окрашенных по Граму
 - Г. микроскопии нативного препарата
 - Д. культурального исследования
33. Бактериальный вагиноз характеризуется следующими признаками:
- А. обнаружение «ключевых клеток» > 20 %
 - Б. щелочная реакция выделений
 - В. «аммиачный» запах при проведении пробы с 10 % раствором КОН
 - Г. наличие «кремообразного» отделяемого в заднем своде влагалища
 - Д. все перечисленное
34. Общими жалобами для трихомониаза, кандидоза и бактериального вагиноза являются:
- А. зуд, жжение и чувство дискомфорта в области наружных половых органов
 - Б. выделения из влагалища
 - В. неприятный запах отделяемого
 - Г. эрозии на слизистых оболочках гениталий
 - Д. все перечисленное
35. Методы диагностики урогенитального хламидиоза включают:
- А. цитологические
 - Б. серологические
 - В. выделение возбудителей на клетках Мак-Коя
 - Г. полимеразную цепную реакцию
 - Д. все перечисленное
36. Этиологический диагноз бактериального вагиноза при исследовании мазков, окрашенных по Граму, ставится на основании обнаружения в отделяемом всего перечисленного, кроме:
- А. снижения количества лейкоцитов в поле зрения до 1-2
 - Б. снижения или полного отсутствия палочек Додерлейна
 - В. организмов рода Мобилункус или Лептотрикс
 - Г. «ключевых» клеток
 - Д. клеток с признаками атипичности
37. Термином «ключевая» клетка обозначается:
- А. клетка эпителия, имеющая внутрицитоплазматические включения
 - Б. клетка эпителия, покрытая грам-вариабельной упорядоченной палочковой флорой
 - В. клетка эпителия, покрытая грам-вариабельными коккобациллярными микроорганизмами
 - Г. клетка плоского эпителия, покрытая сплошь или частично грам-положительной палочковой флорой
 - Д. спорная форма микроорганизма
38. У новорожденного, инфицированного хламидиями, возбудитель чаще выявляется:
- А. со слизистой оболочки носа
 - Б. со слизистой оболочки задней стенки глотки
 - В. с наружного слухового прохода
 - Г. с паховой складки

Д. с пуповинного остатка

39. Идентификация уреаплазмы производится всеми перечисленными методами, кроме:

А. микроскопии окрашенных мазков по Папаниколау

Б. прямого теста на уреазу с индикатором сульфата марганца

В. прямого посева на плотную питательную среду, содержащую сульфат марганца

Г. теста на уреазу в жидкой питательной среде с последующим культивированием на плотные питательные среды

Д. ДНК-гибридизации, полимеразной цепной реакции

Ответы на тестовые задания

1	а	20	а
2	а	21	в
3	абвгд	22	в
4	д	23	г
5	г	24	д
6	а	25	а
7	в	26	г
8	б	27	г
9	д	28	г
10	д	29	д
11	б	30	б
12	а	31	б
13	в	32	д
14	в	33	д
15	а	34	д
16	г	35	д
17	б	36	д
18	в	37	в
19	а	38	б
		39	а

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017

2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.

4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство

- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 11. Болезни нервной системы в ОВП

Тема 11.1: Основные симптомы, синдромы и заболевания нервной системы, встречающиеся в общей врачебной практике

Тема 11.2: Цереброваскулярная болезнь и когнитивные расстройства. Инсульт

Тема 11.3: Боль в спине

Тема 11.4: Головная боль

Тема 11.5: Головокружения

Тема 11.6: Поражения нервной системы, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем

Тема 11.7: Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией нервной системы

Цель: сформировать способность и готовность врача к определению основных симптомов, синдромов при наиболее часто встречающихся заболеваниях нервной системы

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать: основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь больным с болезнями нервной системы» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь: проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к

специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Полное клиническое, включая неврологическое, обследование пациентов с заболеваниями/состояниями нервной системы в условиях ОВП

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (неврологический осмотр пациента, оказание помощи при ОНМК; оценка менингеальных знаков) по алгоритму.*

Алгоритм неврологического осмотра пациента

№ п / п	Действие аккредитуемого	Критерии оценки
1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль)	☐ да ☐ нет
2.	Идентифицировал пациента (попросил пациента представиться, назвать возраст)	☐ да ☐ нет
3.	Подготовил оборудование	☐ да ☐ нет
4.	Обработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
5.	Правильно оценил уровень сознания и ориентировки	☐ да ☐ нет
6.	Правильно оценил менингеальные симптомы	☐ да ☐ нет
7.	Правильно оценил функции I пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
8.	Правильно оценил функции II пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
9.	Правильно оценил функции III, IV, VI пар черепных нервов	☐ да ☐ нет
10.	Правильно оценил функции V пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
11.	Правильно оценил функции VII пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
12.	Правильно оценил функции VIII пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
13.	Правильно оценил функции IX и X пар черепных нервов	☐ да ☐ нет

.		
1 4 .	Правильно оценил функции XI пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
1 5 .	Правильно оценил функции XII пары черепных нервов	☐ да ☐ нет
1 6 .	Правильно оценил силу конечностей	☐ да ☐ нет
1 7 .	Правильно оценил мышечный тонус	☐ да ☐ нет
1 8 .	Правильно оценил нормальные и патологические рефлексy	☐ да ☐ нет
1 9 .	Правильно оценил поверхностную чувствительность (болевою и температурную)	☐ да ☐ нет
2 0 .	Правильно оценил глубокие виды чувствительности (суставномышечную, вибрационную)	☐ да ☐ нет
2 1 .	Правильно оценил координацию движений и равновесие	☐ да ☐ нет
2 2 .	Правильно оценил когнитивные функции	☐ да ☐ нет
2 3 .	Поблагодарил пациента, сообщил, что закончил процедуру осмотра и сейчас подготовит письменное заключение	☐ да ☐ нет
2 4 .	Оработал руки гигиеническим способом	☐ да ☐ нет
2 5 .	Информировал пациента о ходе исследования	☐ да ☐ нет
2 6 .	Сделал правильное заключение	☐ да ☐ нет

Алгоритм оказания помощи пациенту с ОНМК врачом общей практики/семеиным врачом в амбулаторных условиях

№	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ
1	Оценка основн ых признаков ОНМК	Улыбка Заговорить Подъем рук и н/конечностей Головная боль, нарушение зрения
2	Вызов бригады СМП	

3	Оценка сознания и помощь пациенту принять необходимую позу	В сознании - удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Без сознания - положить его на бок, удалить из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедиться, что больной дышит
4	Обеспечить приток свежего воздуха Успокоить пациента	расстегнуть воротничок, ремень или пояс, снять стесняющую одежду. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа
5	Измерение АД и оказание помощи	При САД > 220 мм рт. ст., дать препарат, снижающий АД, который он принимал раньше.
6	Термометрия и оказание помощи	При $t \geq 38^{\circ}\text{C}$ парацетамол 0,5 г х 2 таб.(разжевать, проглотить), нельзя другие ЛС! Лед в полотенце на лоб и голову. Если глотание затруднено, изо рта капает слюна, наклонить голову к более слабой стороне тела
7	Прием статинов	Если больной ранее принимал статины дать обычную дневную дозу.

Алгоритм выполнения практического навыка «Исследование менингеальных симптомов: ригидность затылочных мышц, симптома Кернига, симптома Брудзинского верхнего»

№	Алгоритм выполнения
п / п	
I. Подготовка к исследованию	
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он его понимает, получил его согласие на исследование
2.	Оценил состояние пациента
3.	Оценил окружающую обстановку
II. Выполнение исследования	
4.	Подготовил больного к исследованию: положил в горизонтальное положение на спину
5.	Исследование ригидности затылочных мышц: произвел пассивное сгибание головы пациента, лежащего на спине, приближая его подбородок к груди. Оценил симптом. Симптом положительный, если при попытке согнуть голову пациента вместе с головой приподнимается верхняя часть туловища, при этом не провоцируются боли, как это бывает при проверке корешкового симптома Нери.
6.	Исследование симптома Кернига: пассивно согнул ногу пациента под углом 90° в тазобедренном и коленном суставах (первая фаза проводимого исследования), после чего делает попытку разогнуть эту ногу в коленном суставе (вторая фаза). Оценил симптом. Симптом положительный, если попытка разогнуть ногу в коленном суставе оказывается невозможной в связи с рефлекторным повышением тонуса мышц-сгибателей голени.
7.	Исследование симптома Брудзинского верхнего: произвел пассивное сгибание головы пациента, лежащего на спине, приближая его подбородок к груди. Оценил симптом. Симптом положительный, если при попытке выявления ригидности затылочных мышц, ноги пациента непроизвольно сгибаются в тазобедренных и

	коленных суставах, подтягиваясь к животу.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач.* Предварительный синдромальный диагноз. Признаки серьезного заболевания. Факторы риска. Особенности сбора анамнеза. Необходимо обратить внимание. Особенности ведения пациента. Обследование. Принципы лечения, характеристика медикаментозных и медикаментозных методов. Профилактика.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1

Мужчина 49 лет, страдает алкоголизмом, хроническим синуситом. У больного отмечается ригидность затылочных мышц, спутанность сознания, лихорадка (фебрильные цифры), диффузная петехиальная сыпь, не возвышающаяся над поверхностью кожи. Симптомы Кернига и Брудзинского положительные.

Предварительный диагноз: Бактериальный менингит

Признаки серьезного заболевания

Все пациенты с подозрением на БМ должны быть изолированы в отдельный бокс и немедленно направлены на консультацию/госпитализацию в стационар (инфекционное отделение, неврология). При наличии следующих симптомов пациент должен быть немедленно проконсультирован (анестезиологом-реаниматологом, инфекционистом и невропатологом):

Быстро прогрессирующее возникновение сыпи;

Дыхательная недостаточность;

Периферическое кровообращение: слабый пульс, гипотензия (систолическое АД < 90 мм.рт.ст.), олигурия;

Центральное кровообращение: брадикардия (<40 уд/мин) или тахикардия (>140 уд/мин), гипертензия;

Неврологическая симптоматика: судорожный синдром, очаговая неврологическая симптоматика, отек соска зрительного нерва;

Спутанное сознание.

Факторы риска

Пребывание в местах эндемичных по менингококковой инфекции, пожилой возраст, истощение, асоциальный образ жизни (алкоголизм, травмы).

Ведение пациента

Диагностика

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

Симптомы (их выраженность и продолжительность),
Индикаторы серьезного заболевания, факторы риска неблагоприятного прогноза.

Физикальное исследование

Диффузная сыпь (петехии и/или пурпура), не выступающая над поверхностью кожи (может отсутствовать или быть атипичной);

Регидность затылочных мышц;

Менингеальные симптомы (положительные симптомы Кернига, Брудзинского);

Лихорадка, головные боли, спутанность сознания;

Отек соска зрительного нерва;

Тромбоз сосудов мозга

Лабораторные и инструментальные исследования (проводятся во вторичном звене здравоохранения):

Выявление бактерий в спинномозговой жидкости (СМЖ) и крови (необходимо помнить, что антибиотикотерапия (АБТ) может маскировать проявления БМ):

Окраска мазка по Граму (позволяет выявить от 50 до 80% случаев БМ),

Посев бактерий на культуре ткани (позитивен в 85% случаев БМ);

Выявление бактериальных антигенов в СМЖ и полимеразная цепная реакция (ПЦР) СМЖ – более чувствительные методы, но вместе с тем и более дорогостоящие. Однако их применение показано в случае раннего начала АБТ (до проведения люмбальной пункции (ЛП) и последующих бактериологических исследований).

Следующая комбинация результатов лабораторных исследований позволяет диагностировать БМ с вероятностью 99%:

Анализ СМЖ:

Лейкоцитоз $>2000/\text{мм}^3$;

Нейтрофилез $>1180/\text{мм}^3$;

Повышение уровня протеинов $>220 \text{ мг/дл}$;

Сниженный уровень глюкозы СМЖ $<0,23$;

Уровень глюкозы крови $<34 \text{ мг/дл}$.

Визуализирующие инструментальные методы диагностики (КТ, МРТ) показаны лишь тем пациентам, у которых невозможно проведение ЛП, поскольку их осуществление задерживает начало лечения заболевания и связано со значительными финансовыми затратами.

Прогностические факторы риска

Пневмококковый БМ: алкоголизм, спленэктомия, серповидно-клеточная анемия, заболевания пазух или перелом основания черепа, сопутствующие хронические заболевания;

Менингококковый БМ: спленэктомия;

Стафилококковый БМ: травмы, внутричерепные операции, наличие шунтов;

Листерийный БМ: пожилой возраст, истощение.

Лечение

Все лица с подозрением на БМ должны быть немедленно изолированы в отдельный бокс и направлены на консультацию к специалисту (инфекционист, невролог). Основным вмешательством, осуществляемым СВ, служит раннее начало АБТ. При подозрении на БМ эмпирическую антибактериальную терапию необходимо начинать немедленно, до отправки больного в стационар, даже в тех случаях, когда результаты бактериологического исследования недоступны. При этом СВ должен использовать следующие препараты:

Бензилпенициллин (1200 мг в/в или в/м), в случае аллергических реакций необходимо назначить цефотаксим или цефтриаксон (1000 мг в/в или в/м). В условиях стационара применяют цефалоспорины третьего поколения (цефотаксим или цефтриаксон) – препараты выбора для лечения БМ (при условии отсутствия аллергических реакций на пенициллин);

Лицам со сниженным иммунитетом: пожилым пациентам (старше 60 лет), лицам с онкогематологическими заболеваниями, а также тем, кто получает ГКС терапию в течение длительного времени показана комбинация цефалоспоринов третьего поколения с ванкомицином и/или рифампицином и/или ампициллином (*Listeria monocytogenes*), поскольку в этих случаях присутствует серьезный риск персистенции инфекции резистентной к АБТ пенициллинами;

В случае наличия аллергических реакций необходимо использовать альтернативные препараты: ванкомицин и рифампин (*S. pneumoniae*), хлорамфеникол (менингококковый БМ), триметоприм-сульфаметоксазол (*Listeria monocytogenes*).

В случае наличия положительных результатов бактериологических тестов необходимо проводить специфическую АБТ. Продолжительность лечения от 7 до 28 дней.

Глюкокортикостероидная терапия (дексаметазон) не показана пациентам с БМ, кроме тех случаев, когда заболевание вызвано *S. Pneumoniae* и подобрана эффективная специфическая АБТ.

Всем лицам, близко контактировавшим с больным, должен быть назначен Рифампин в дозе по 20 мг/кг в сутки, 2 раза в день (максимальная суточная доза 600 мг) в течение 2 дней и 1 раз в сутки в следующие 4 дня.

Задача 2.

Мужчина 35 лет, предъявляет жалобы на частые двусторонние головные боли (ГБ) давящего характера, возникающие в вечернее время.

Диагноз: Головная боль

Признаки серьезного заболевания

- Внезапно изменились характер и частота приступов хронической ГБ или они стали значительно интенсивнее.
- ГБ сочетается с внезапным развитием любой неврологической симптоматики или угнетением сознания.
- ГБ развивается через несколько часов, суток или недель после травмы головы.
- По оценке больного - это самая сильная ГБ, которую он когда-либо испытывал.

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Отягощенная наследственность (мигрень в наследственном анамнезе имеет более 50% больных).

Хронический эмоциональный стресс (выявляются у всех больных с ГБ напряжения)

ГБ может быть связана с воздействием многих химических веществ и лекарственных препаратов: озон, бензол, нитраты, тирамин, глутамат натрия, окись углерода, инсектициды и свинец, оральные контрацептивы, нитраты, индометацин, блокаторы кальциевых каналов, кофеин и алкоголь. Внезапная отмена любого из этих препаратов может приводить к развитию ГБ.

Ведение больного

Диагноз

Необходимо обратить внимание на:

- Характер ГБ, ее периодичность, длительность и локализацию, наличие сопутствующих симптомов.
- Индикаторы серьезного заболевания,
- Наличие психосоциальных факторов риска.

Острая ГБ

Продолжающаяся менее 1 недели, однако приступ может развиваться всего лишь за несколько минут или часов до обращения больного за медицинской помощью. Приступ ГБ также может рассматриваться как острый при внезапном изменении характера и тяжести хронической ГБ. Внезапное и быстрое развитие ГБ может быть связано с угрожающими жизни состояниями, поэтому необходимо предпринять тщательное и неотложное обследование пациента.

Синдром первичной ГБ

Включает мигрень с предшествующей аурой (классическая форма) или без нее (обычная форма), ГБ напряжения и периодическую пароксизмальную ГБ. К этой же категории относят ГБ, связанную с физической нагрузкой, кашлем, воздействием холода, а также кратковременную резкую пронизывающую ГБ, если исключены органические повреждения головного мозга. Происхождение первичной ГБ малопонятно.

Мигрень

Характеризуется пульсирующей ГБ, обычно охватывающей половину головы и сопровождающейся тошнотой, рвотой, а также плохой переносимостью звуков и яркого света. Продолжительность приступа варьирует от 4 ч. до 3 сут. Боль достигает максимума за несколько минут или часов. Аура при классической мигрени протекает в виде кратковременных зрительных, двигательных, чувствительных, когнитивных или психических расстройств, продолжающихся несколько минут, предшествуя ГБ или сочетаясь с ней. Провоцирующие факторы (стресс, голод, утомление, нарушение сна, яркий свет, употребление алкоголя, беременность, менструальный синдром, пероральные контрацептивы, некоторые виды пищи). Мигреням подвержены преимущественно женщины, первый приступ возникает в возрасте до 30 лет. После 50 лет часто наступает частичная или полная ремиссия.

ГБ напряжения (мышечного сокращения)

Наиболее частая форма ГБ. Обычно хроническая, двусторонней локализации, тупая, сдавливающая, но не пульсирующая, сочетается с ригидностью мышц шеи. Стресс и тревога – факторы, усугубляющие тяжесть симптоматики. В типичных случаях ГБ напряжения возникает ежедневно, начинаясь ближе к вечеру; ее интенсивность то нарастает, то убывает.

Периодическая

Или пароксизмальная ГБ (Хортоновская ГБ или гистаминовая цефалгия) наблюдается у мужчин в 5 раз чаще; она носит относительно кратковременный (от 15 мин. до 2 час) и мучительный характер, локализуется с одной стороны головы в глазничной, окологлазничной или височной области и сопровождается односторонними вегетативными нарушениями (слезотечение, птоз век, миоз, заложенность носа, инъекция конъюнктивы). Боль жгучая, пронизывающая, сверлящая. В периоды приступов боль провоцируется алкоголем и нитроглицерином. Переход в вертикальное положение смягчает болевые ощущения, что отличает эту форму ГБ от мигрени, при которой облегчение приносит дремота в затемненной комнате. Периодичность – специфичная черта пароксизмальной ГБ, причем боль часто возникает ежедневно, примерно в одно и то же время (часто поздно ночью или рано утром). Периоды пароксизмов длятся несколько суток или недель и сменяются светлыми периодами (до нескольких лет).

Физикальное исследование больного

Вне приступа, при синдроме первичной ГБ не выявляет каких-либо изменений. Поэтому обнаружение неврологических нарушений следует расценивать как признак того, что боль имеет вторичный характер и больной должен быть обследован невропатологом.

Синдром вторичной ГБ может быть вызван многочисленными патологическими процессами и соответственно многообразен по клиническому течению.

- ГБ характерна для артериальной гипертензии тяжелого течения. Боль локализуется в затылочно-шейной области, пульсирует, усиливается по утрам.
- ГБ при тревожных состояниях и депрессии (ноющая, давящая, диффузная) сопровождается нарушениями сна и эмоциональными расстройствами
- При субарахноидальном кровоизлиянии ГБ начинается внезапно, часто сопровождается потерей сознания, быстро развивается ригидность затылочных мышц. При офтальмоскопии часто выявляют субгялоидное кровоизлияние (кровоизлияние между стекловидным телом и сетчаткой глаза). Иногда появляются очаговые симптомы.

- ГБ при внутричерепных объемных процессах (опухоль, абсцесс, хроническая субдуральная гематома) связана чаще с повышением внутричерепного давления. ГБ при опухолях мозга усиливается по утрам, может сопровождаться тошнотой и рвотой. Вначале боль носит эпизодический характер, в дальнейшем боль становится постоянной, часто выявляют очаговые неврологические симптомы (парезы, афазии, фокальные судороги, нарушения чувствительности, гемианопсию и др.).
- При сочетании ГБ в лобно-орбитальной области с гиперемией и болезненностью глаза необходимо исключить острую закрытоугольную глаукому.
- Боль при синдроме височно-нижнечелюстного сустава локализуется в височной области, иррадирует в щеку и шею, возникает при жевании и других движениях нижней челюсти, может сопровождаться щелканьем, крепитацией и ограничением движений в суставе.
- Менингиты и энцефалиты на ранних стадиях и могут проявляться только ГБ. При любых подозрениях на эти заболевания (лихорадка, изменение психического статуса, ригидность затылочных мышц, симптомы натяжения (симптом Кернига и др.) необходимо срочно провести спинно-мозговую пункцию с последующим микробиологическим и биохимическим исследованием ликвора.
- Тромбозы синусов твердой мозговой оболочки происходят спонтанно или в результате инфекции. Эти состояния потенциально угрожают жизни и должны быть заподозрены во всех случаях, когда инфекция околоносовых пазух, среднего уха, орбиты, носовой перегородки или кожи носогубного треугольника у больного сопровождается внезапным ухудшением клинического состояния и ГБ.
- при синуситах ГБ сопровождается лихорадкой и заложенностью носа или выделениями из носа. Однако часто ГБ - единственный симптом заболевания. Боль чаще локализуется в лобно-орбитальной области, усиливается по утрам и при наклоне вперед, уменьшается после сморкания и использования сосудосуживающих капель. Иногда можно выявить болезненность при перкуссии в проекции пазухи и отек верхнего века.
- Гигантоклеточный (краниальный) артериит чаще возникает у пациентов старше 60 лет. Обычно интенсивная боль в височных или лобно-затылочных областях головы. Над пораженной артерией может отмечаться уплотнение кожи и чувствительность при пальпации.
- Невралгия тройничного нерва. Проявляется приступами сильной жгучей боли (стреляющей) в зоне иннервации тройничного нерва. Приступ продолжается от нескольких секунд до 1-2 минут (редко более).

Лечение

При наличии признаков серьезного заболевания

пациент должен быть немедленно направлен к специалисту (невропатологу).

При отсутствии признаков серьезного заболевания

В первую очередь выявляют провоцирующие факторы и их устраняют. Лечение приступа ГБ начинают как можно раньше. Цель лечебных мероприятий – быстро прервать ГБ.

Ацетилсалициловая кислота 300-600 мг внутрь каждые 4 часа

Диклофенак 25 мг 1-4 раза в сутки

Ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки

Толфенамовая кислота 100мг 1-4 раза в сутки

Напроксен 550мг 2-3 раза в сутки внутрь или в виде ректальных свечей

Элетриптан 20мг 1-2 раза в сутки

Наратриптан 2,5мг 1-2 раза в сутки

Ризатриптан 10мг 1-2 раза в сутки

Суматриптан 100мг 1-2 раза в сутки, 0,5мл п/к, дозированный аэрозоль в нос 10 мг/доза

Золмитриптан 2,5мг 1-2 раза в сутки

Эрготамин, таблетки по 1 мг, 1 таблетка, при необходимости повторять каждые 30 мин., но не более 5 табл. за приступ или 10 табл. в неделю.

Все препараты могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в сочетании с кофеином, седативными и противорвотными средствами. Профилактическое лечение (вне приступа) проводится в случае рецидивирующих ГБ, после консультации с невропатологом.

Вторичная ГБ, первичная ГБ, не поддающаяся лечению – это ситуации когда необходима консультация невролога, психиатра.

При наличии психосоциальных факторов риска

Коррекция эмоциональных расстройств и формирование положительной психической установки на адекватное лечение.

По возможности устранение контакта с химическими веществами и лекарственными препаратами, внешними воздействиями, вызывающими ГБ.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больная А., 72 лет, поступила в неврологическое отделение в ноябре 2002г. с жалобами на снижение памяти, общую слабость. Указанные жалобы появились в сентябре 2002г., до этого времени больная была физически активной, никогда ранее не отмечала снижения памяти. В неврологическом статусе обращали внимание наличие слабовыраженной очаговой симптоматики, умеренно выраженные мнестические расстройства.

Задача 2.

Больная О., 22 года, поступила в неврологическое отделение с жалобами на преходящее снижение зрения, слабость в ногах.

При осмотре: отмечается нистагм, снижение брюшных рефлексов, интенционный тремор.

Задача 3.

Больной К., 16 лет, обратился к неврологу с жалобами на дрожь в руках, трудность совершения движений. При разговоре с родителями последние обратили внимание на изменение поведения подростка: снижение интереса к учебе, агрессивности. Ребенок был усыновлен в возрасте 2 лет, данные о наследственной патологии неизвестны.

Объективно выявлены следующие симптомы: тремор, умеренная мышечная ригидность. Отмечалось некоторое увеличение печени. В биохимическом анализе крови - повышение уровня АЛТ.

Задача 4.

Больная Л., 67 лет, обратилась к неврологу с жалобами на боли в поясничной области. Считает себя больной в течение полугода, на протяжении этого срока боли без существенного прогрессирования, проведенная терапия нестероидными противовоспалительными эффекта не оказала.

При осмотре: корешковый и мышечно-тонические синдромы выражены неотчетливо.

Обследование: в анализе крови - небольшая анемия, СОЭ 52 мм/ч.

Задача 5.

Больная В., 35 лет, жалуется на головные боли, по поводу которых обратилась к неврологу. При опросе было уточнено, что головные боли появились около трех недель назад, их возникновение сопровождалось чувством «заложенности» носа. Первые две недели отмечался субфебрилитет (37,2°C).

Задача 6.

Больная М., 63 лет, поступила в неврологическое отделение с диагнозом ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии. За время пребывания в стационаре у больной отмечалась лихорадка 38 - 39°C, в общем анализе крови – лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Задача 7.

У ребёнка 9 месяцев, после перенесенной вирусной инфекции, протекавшей с температурой 38,5°C, помрачением сознания, общим тяжелым состоянием ребенка, с насморком, кашлем, отхождением мокроты – спустя 3 месяца на фоне общего благополучия появились частые головные боли, беспокойство, капризность, вялость. При повторном осмотре определена окружность головы 55см, на рентгенограмме – расширение продольного шва и истончение костей черепа. При неврологическом осмотре установлено неточность движений рук, промахивание, понижение тонуса мышц и значительное покачивание при ходьбе с поддержкой за руку. На глазном дне – значительное расширение вен дна, отёчность дисков зрительных нервов.

Задача 8.

У больного 50-и лет, страдающего в течение 10 лет артериальной гипертонией с подъёмами АД до 200/120 мм рт. ст., в очередной раз возникли сильные головные боли, головокружение, рвота, общее тяжёлое состояние. Был уложен в постель, назначены гипотензивные препараты, анальгетики, мочегонные средства.

Стойко удерживалось АД 220/120 мм рт.ст., повторная рвота, разлитая интенсивная головная боль, светобоязнь, не мог заснуть всю ночь. Вызванный утром участковый врач выявил у больного ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Задача 9.

У школьника 10 лет остро возникло общее недомогание, озноб, ломота в мышцах. Поднялась температура до 38,5°C. Головные боли быстро усилились до нестерпимых, разрывающего характера, которые усиливались при резких звуках, ярком свете.

При осмотре врачом ребёнок лежит в постели на боку, глаза прикрыты, загружен. Голова запрокинута кзади, ноги прижаты к животу, мышцы живота напряжены, втянуты. Резко выражена ригидность мышц затылка, с обеих сторон симптом Кернига.

Задача 10.

У молодой женщины 22 лет на фоне полного благополучия внезапно возникла сильнейшая головная боль, с ощущением разлитого жара в голове, впечатление «удара по затылку». Была многократная рвота. Потеряла сознание на несколько дней. АД= 110/70 мм рт. ст., пульс 82 уд/мин. В бессознательном состоянии доставлена в больницу. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре – контакт ограниченный. Температура 36,7°C. Зрачки равные, узкие, фотореакция зрачков сохранена. Движения в конечностях сохранены. Выявляется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с 2-х сторон.

Задача 11.

Больной С., 69 лет, пенсионер, занимался последние годы в собственном доме и на приусадебном участке. Отмечал умеренное снижение памяти, поверхностный сон, периодически умеренные головные боли. АД отмечалось в пределах 140/90 мм рт. ст., пульс ритмичный 68 уд/мин.

Утром после сна обнаружен паралич правых конечностей и нарушения речи – пытался невнятно что-то сказать, не понимал обращённой речи, не выполнял инструкций. АД 160/100 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Больной в сознании, двигает левой рукой и ногой, глотание не нарушено. Менингеальных симптомов нет.

Задача 12.

Больная Л., 61 год, более в течение 2-х лет с постепенным развитием проявлений заболевания. Вначале отметила мелкое ритмическое дрожание пальцев правой, а затем и левой кисти; дрожание возникало в покое и проходило при активных движениях. Появилось изменение походки – стало трудно начать движение (долго топчется на месте); походка стала шаркающей, мелкими шажками, неустойчивой. Появилась общая скованность мышц, изменилась речь- голос тихий, монотонный, застывшее выражение лица, редкое мигание. В течение указанного срока болезнь постепенно прогрессирует.

Задача 13.

Больная О., 30 лет, ранее оперирована по поводу митрального порока сердца. АД 115/75 мм рт.ст., пульс аритмичный, 80 уд/мин. После операции компенсирована, работает с неполной дневной нагрузкой.

Заболела остро: внезапно появилась головная боль в левой половине головы, головокружение,

лицо покраснело, кратковременная утрата сознания. Бригада «скорой помощи» выявила лёгкое оглушение у больной, АД 110/80, пульс 96 уд/мин, аритмичный. Выявлена слабость правых конечностей, акцент сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. ЭКГ - мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка.

Задача 14.

Больная 37 лет. Заболела постепенно в течение года. Вначале отметила снижение слуха на левое ухо, Позднее присоединилось пошатывание при ходьбе, неточность движений левой рукой. Позднее появилось онемение левой половины лица, перекося лица вправо, поперхивание при глотании жидкой пищи. На фоне указанных нарушений развились стойкие головные боли, сопровождающиеся на высоте приступа рвотой; головная боль усиливалась в предутренние часы и при пробуждении и облегчалась при вертикальном положении больной. Больная стала вялой, заторможенной, периодически появляются «затуманивания зрения».

Задача 15.

Больная 33 лет, была «избита» во время семейной ссоры, кратковременно теряла сознание. В тот же день осмотрена травматологом и с диагнозом «ушибы покровов головы, сотрясение мозга», рекомендовано лечение амбулаторно. Больная принимала диакарб, анальгетики, димедрол на ночь. Через 10 дней приступила к работе.

Больную продолжала беспокоить диффузная головная боль. Служивцы отметили вялость больной, замедленность в движениях, утомляемость. Затем интенсивность головной боли выросла, появилась рвота, адинамия, сонливость. Доставлена в стационар. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре состояние тяжёлое, пульс 52 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Неравномерность зрачков, шире правый, приспущено правое веко. Умеренная ригидность мышц затылка, двусторонний симптом Кернига. Асимметрия лица – сглаженность левой носогубной складки, легкая слабость левых конечностей.

Задача 16.

Больной 28 лет, перенес черепно-мозговую травму с кратковременной утратой сознания. Полного лечения не провёл, приступил к работе. Через полгода стал отмечать периодическое повышение АД до 160/100 мм рт. ст. В душном помещении стали появляться ощущения дурноты, сердцебиения, обильного липкого пота, потемнения перед глазами, чувства «ватных ног». Стали возникать периодические немотивированные сердцебиения; чувство нехватки воздуха, что вызывало форсированное дыхание; слабость, метеолабильность, снижение выносливости к нагрузкам. Стал часто обращаться к врачу.

На этом фоне у больного возникло внезапное ухудшение состояния: без причины, внезапно появилось выраженное сердцебиение, подъём артериального давления, одышка, паническое состояние, страх смерти, общее возбуждение. Приступ длился 30 минут, по ослаблении его у больного при мочеиспускании выделилось большой объём светлой мочи.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1:

1. Дисциркуляторная энцефалопатия. Ишемический инсульт?
2. Компьютерная томография (исследование у больной действительно позволило выявить очаг ишемического инсульта).

Задача 2: Рассеянный склероз.

Задача 3:

1. Болезнь Вильсона
2. Исследование церулоплазмينا в крови и меди в моче.
3. Прием медьхелатирующих препаратов должен быть пожизненным.

Задача 4:

1. Миеломная болезнь.
2. Электрофорез белка (М-градиент), белок Бенс-Джонса в моче.

Задача 5: Воспаление гайморовых пазух. Необходимо провести рентгенологическое исследование придаточных пазух носа.

Задача 6:

1. Инфекционный эндокардит, для исключения которого следует провести посев крови на стерильность на пике лихорадки.

2. Инсульт у больной, наиболее вероятно, явился осложнением инфекционного эндокардита.

Задача 7:

1. Водянка мозга.

2. Ультразвуковое исследование мозга или магнитнорезонансное томографическое исследование; исследование цереброспинальной жидкости (давление, состав ликвора)

3. Диакарб в таблетках.

Задача 8:

1. Артериальная гипертензия, геморрагический инсульт (возможно, субарахноидальное кровоизлияние).

2. Госпитализация в стационар. Подтверждение диагноза – люмбальная пункция, нейровизуализация – компьютерная томография, магнитнорезонансное томографическое исследование головного мозга.

3. Гипотензивные средства, мочегонные препараты (дегидратация) – лазикс, прокоагулянты (эпсилон-аминокапроновая кислота, дицинон).

Задача 9:

1. Острый микробный менингит.

2. Исследование цереброспинальной жидкости (давление, физические свойства, состав), посев на флору и чувствительность к антибиотикам. Общие анализы крови и мочи.

3. Госпитализация в инфекционное отделение или общий стационар. Экстренно назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия (на грамм-положительные и отрицательные микробы), анальгетики, инфузии внутривенно физиологического раствора и др. (десинтоксикация).

Задача 10:

1. Субарахноидальное кровоизлияние (самопроизвольное) – синдром «раздражения мозговых оболочек».

2. Госпитализация в стационар, люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости.

3. Назначение коагулянтов – дицинон, эпсилон-аминокапроновой кислоты, анальгетики, дексаметазон.

4. Консультация нейрохирурга (перевод в нейрохирургическое отделение – поиск источника кровотечения).

Задача 11:

1. Сосудистая энцефалопатия, ишемический инсульт в левом полушарии головного мозга.

2. Госпитализация, назначение дезагрегантов (аспирин, трентал), кавинтона, ноотропов, мексидола, глицина, антибиотиков – по показаниям.

3. Реабилитация (ноотропы, кавинтон, расхаживание и друг.). Профилактика повторного инсульта – дезагреганты, статины.

Задача 12:

1. Паркинсонизм.

2. Дефицит медиатора дофамина.

3. Циклодол, препараты леводопы, проноран.

Задача 13:

1. Кардиогенная эмболия сосудов мозга в левом полушарии.

2. Госпитализация. Антикоагулянты – гепарин, трентал, кавинтон, сердечные (по показаниям).

3. Антикоагулянты – варфарин, консультация кардиолога (нормализация ритма сердца).

Задача 14:

1. Опухоль головного мозга (в задней черепной ямке).

2. Нейровизуализация – магнитнорезонансная томография головного мозга, осмотр глазного дна офтальмологом.

3. Дегидратационная терапия (маннитол, лазикс, дексаметазон) – предупреждение вклинения мозга в большое затылочное отверстие.

Задача 15:

1. Посттравматическая хроническая внутричерепная гематома.

2. Травматическое повреждение вен головного мозга с медленным формированием гематомы.

3. Рентгенограмма черепа (перелом костей), нейровизуализация – компьютерная томография магнитнорезонансная томография и головного мозга.

4. Вклинение мозга в тенториальную вырезку намёта мозжечка, сдавление ствола мозга.
5. Экстренная госпитализация. Мощная дегидратация – маннитол 1-1,5 г/л внутривенно капельно, лазикс до 80-120 мг/с, дексаметазон, прокоагулянты (дицинон). Консультация с нейрохирургом по санитарной авиации, вызов на себя.

Задача 16:

1. Последствия черепно-мозговой травмы, синдром вегетативной дистонии.
2. В клинике перманентные вегетативные расстройства полисистемного характера. Симпато - адреналовый криз (паническая атака).
3. Купирование симпатического криза диазепамом (реланиум, сибазон) по 10 мг внутримышечно, внутривенно или в таблетках. Постоянное назначение грандаксина, клоназепама, афобазола (или антидепрессантов).

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Оцените неврологический статус пациента
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)
- Неврологический осмотр пациента, отработка навыка

4) Решить ситуационные задачи:

Задача 1.

Больная А., 72 лет, обратилась к врачу общей практики (семейному врачу) в ноябре 2002г. с жалобами на снижение памяти, общую слабость. Указанные жалобы появились в сентябре 2002г., до этого времени больная была физически активной, никогда ранее не отмечала снижения памяти. В неврологическом статусе обращали внимание наличие слабовыраженной очаговой симптоматики, умеренно выраженные мнестические расстройства.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дальнейшее обследование?

Задача 2.

Больная О., 22 года, поступила в неврологическое отделение с жалобами на преходящее снижение зрения, слабость в ногах.

При осмотре: отмечается нистагм, снижение брюшных рефлексов, интенционный тремор.

Вопрос: каков предварительный диагноз?

Задача 3.

Больной К., 16 лет, обратился к неврологу с жалобами на дрожь в руках, трудность совершения

движений. При разговоре с родителями последние обратили внимание на изменение поведения подростка: снижение интереса к учебе, агрессивности. Ребенок был усыновлен в возрасте 2 лет, данные о наследственной патологии неизвестны.

Объективно выявлены следующие симптомы: тремор, умеренная мышечная ригидность. Отмечалось некоторое увеличение печени. В биохимическом анализе крови - повышение уровня АЛТ.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие исследования должны быть проведены для постановки окончательного диагноза?
3. Какие рекомендации необходимо дать родителям по лечению подростка?

Задача 4.

Больная Л., 67 лет, обратилась к неврологу с жалобами на боли в поясничной области. Считает себя больной в течение полугода, на протяжении этого срока боли без существенного прогрессирования, проведенная терапия нестероидными противовоспалительными эффекта не оказала.

При осмотре: корешковый и мышечно-тонические синдромы выражены неотчетливо.

Обследование: в анализе крови - небольшая анемия, СОЭ 52 мм/ч.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Задача 5.

Больная В., 35 лет, жалуется на головные боли, по поводу которых обратилась к неврологу. При опросе было уточнено, что головные боли появились около трех недель назад, их возникновение сопровождалось чувством «заложенности» носа. Первые две недели отмечался субфебрилитет (37,2°C).

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные исследования?

Задача 6.

Больная М., 63 лет, выписана из неврологического отделения с диагнозом ишемического инсульта в бассейне средней мозговой артерии. За время пребывания в стационаре у больной отмечалась лихорадка 38 - 39°C, в общем анализе крови – лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Вопросы:

1. Какое заболевание прежде всего следует исключить у больной?
2. Является ли нарушение мозгового кровообращения осложнением этого заболевания?

Задача 7.

У ребёнка 9 месяцев, после перенесенной вирусной инфекции, протекавшей с температурой 38,5°C, помрачением сознания, общим тяжелым состоянием ребенка, с насморком, кашлем, отхождением мокроты – спустя 3 месяца на фоне общего благополучия появились частые головные боли, беспокойство, капризность, вялость. При повторном осмотре определена окружность головы 55см, на рентгенограмме – расширение продольного шва и истончение костей черепа. При неврологическом осмотре установлено неточность движений рук, промахивание, понижение тонуса мышц и значительное покачивание при ходьбе с поддержкой за руку. На глазном дне – значительное расширение вен дна, отёчность дисков зрительных нервов.

Вопросы:

1. Какой синдром формируется у ребенка?
2. Какими методами возможно уточнить диагноз?
3. Ваши назначения ребёнку.

Задача 8.

У больного 50-и лет, страдающего в течение 10 лет артериальной гипертонией с подъёмами АД до 200/120 мм рт. ст., в очередной раз возникли сильные головные боли, головокружение, рвота, общее тяжёлое состояние. Был уложен в постель, назначены гипотензивные препараты, анальгетики, мочегонные средства.

Стойко удерживалось АД 220/120 мм рт.ст., повторная рвота, разлитая интенсивная головная боль, светобоязнь, не мог заснуть всю ночь. Вызванный утром участковый врач выявил у больного ригидность мышц затылка, симптом Кернига с обеих сторон.

Вопросы:

1. Ваши предположения по диагнозу и осложнению.
2. Где лечить такого больного, дополнительные исследования?
3. Лечебные мероприятия.

Задача 9.

У школьника 10 лет остро возникло общее недомогание, озноб, ломота в мышцах. Поднялась температура до 38,5°C. Головные боли быстро усилились до нестерпимых, разрывающего характера, которые усиливались при резких звуках, ярком свете.

При осмотре врачом ребёнок лежит в постели на боку, глаза прикрыты, загружен. Голова запрокинута кзади, ноги прижаты к животу, мышцы живота напряжены, втянуты. Резко выражена ригидность мышц затылка, с обеих сторон симптом Кернига.

Вопросы:

1. Каковы предположения о диагнозе заболевания по анамнезу и клиническим симптомам?
2. Чем следует подтвердить диагноз?
3. Лечебные мероприятия.

Задача 10.

У молодой женщины 22 лет на фоне полного благополучия внезапно возникла сильнейшая головная боль, с ощущением разлитого жара в голове, впечатление «удара по затылку». Была многократная рвота. Потеряла сознание на несколько дней. АД= 110/70 мм рт. ст., пульс 82 уд/мин. В бессознательном состоянии доставлена в больницу. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре – контакт ограниченный. Температура 36,7°C. Зрачки равные, узкие, фотореакция зрачков сохранена. Движения в конечностях сохранены. Выявляется ригидность мышц затылка и симптом Кернига с 2-х сторон.

Вопросы:

1. Что случилось с женщиной с учётом анамнеза и симптомов?
2. Чем возможно уточнить диагноз?
3. Ваше лечение в острой стадии заболевания и организационные мероприятия в отношении лечения больной?

Задача 11.

Больной С., 69 лет, пенсионер, занимался последние годы в собственном доме и на приусадебном участке. Отмечал умеренное снижение памяти, поверхностный сон, периодически умеренные головные боли. АД отмечалось в пределах 140/90 мм рт. ст., пульс ритмичный 68 уд/мин.

Утром после сна обнаружен паралич правых конечностей и нарушения речи – пытался невнятно что-то сказать, не понимал обращённой речи, не выполнял инструкций. АД 160/100 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Больной в сознании, двигает левой рукой и ногой, глотание не нарушено. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Что случилось с больным? Сформулируйте диагноз?
2. Каковы организационные и лечебные мероприятия?
3. Какой прогноз заболевания, назначения при переживании пациента острого периода?

Задача 12.

Больная Л., 61 год, более в течение 2-х лет с постепенным развитием проявлений заболевания. Вначале отметила мелкое ритмическое дрожание пальцев правой, а затем и левой кисти; дрожание возникало в покое и проходило при активных движениях. Появилось изменение походки – стало трудно начать движение (долго топчется на месте); походка стала шаркающей, мелкими шажками, неустойчивой. Появилась общая скованность мышц, изменилась речь- голос тихий, монотонный, застывшее выражение лица, редкое мигание. В течение указанного срока болезнь постепенно прогрессирует.

Вопросы:

1. На что указывают симптомы болезни, диагноз?
2. Какая причина нарушений моторики у больной?
3. Чем лечить больную?

Задача 13.

Больная О., 30 лет, ранее оперирована по поводу митрального порока сердца. АД 115/75 мм рт.ст., пульс аритмичный, 80 уд/мин. После операции компенсирована, работает с неполной дневной нагрузкой.

Заболела остро: внезапно появилась головная боль в левой половине головы, головокружение,

лицо покраснело, кратковременная утрата сознания. Бригада «скорой помощи» выявила лёгкое оглушение у больной, АД 110/80, пульс 96 уд/мин, аритмичный. Выявлена слабость правых конечностей, акцент сухожильных рефлексов справа, симптом Бабинского справа. ЭКГ - мерцательная аритмия, гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Что случилось с пациенткой, каков механизм ухудшения состояния у больной?
2. Сформулируйте диагноз?
3. Неотложные мероприятия больной?
4. Каков прогноз и мероприятия после острого периода?

Задача 14.

Больная 37 лет. Заболела постепенно в течение года. Вначале отметила снижение слуха на левое ухо, Позднее присоединилось пошатывание при ходьбе, неточность движений левой рукой. Позднее появилось онемение левой половины лица, перекос лица вправо, поперхивание при глотании жидкой пищи. На фоне указанных нарушений развились стойкие головные боли, сопровождающиеся на высоте приступа рвотой; головная боль усиливалась в предутренние часы и при пробуждении и облегчалась при вертикальном положении больной. Больная стала вялой, заторможенной, периодически появляются «затуманивания зрения».

Вопросы:

1. Какой характер течения болезни и предположения по диагнозу.
2. Дополнительные исследования для топического диагноза поражения нервной системы.
3. Медикаментозная облегчение состояния больной и дальнейшие мероприятия.

Задача 15.

Больная 33 лет, была «избита» во время семейной ссоры, кратковременно теряла сознание. В тот же день осмотрена травматологом и с диагнозом «ушибы покровов головы, сотрясение мозга», рекомендовано лечение амбулаторно. Больная принимала диакарб, анальгетики, димедрол на ночь. Через 10 дней приступила к работе.

Больную продолжала беспокоить диффузная головная боль. Служивцы отметили вялость больной, замедленность в движениях, утомляемость. Затем интенсивность головной боли выросла, появилась рвота, адинамия, сонливость. Доставлена в стационар. На консультацию вызван врач общей практики.

При осмотре состояние тяжёлое, пульс 52 уд/мин, АД 140/90 мм рт. ст. Неравномерность зрачков, шире правый, припущено правое веко. Умеренная ригидность мышц затылка, двусторонний симптом Кернига. Асимметрия лица – сглаженность левой носогубной складки, легкая слабость левых конечностей.

Вопросы:

1. Какова причина отяжеления состояния больной ?
2. Каков механизм возникшего осложнения?
3. Дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Что угрожает пациентке при поступлении в стационар?
5. Ваши неотложные мероприятия.

Задача 16.

Больной 28 лет, перенес черепно-мозговую травму с кратковременной утратой сознания. Полного лечения не провёл, приступил к работе. Через полгода стал отмечать периодическое повышение АД до 160/100 мм рт. ст. В душном помещении стали появляться ощущения дурноты, сердцебиения, обильного липкого пота, потемнения перед глазами, чувства «ватных ног». Стали возникать периодические немотивированные сердцебиения; чувство нехватки воздуха, что вызывало форсированное дыхание; слабость, метеолабильность, снижение выносливость к нагрузкам. Стал часто обращаться к врачу.

На этом фоне у больного возникло внезапное ухудшение состояния: без причины, внезапно появилось выраженное сердцебиение, подъём артериального давления, одышка, паническое состояние, страх смерти, общее возбуждение. Приступ длился 30 минут, по ослаблении его у больного при мочеиспускании выделилось большой объём светлой мочи.

Вопросы:

1. Какие изменения произошли у больного после черепно-мозговой травмы и механизм этих нарушений?
2. Какие виды нарушений имеются у больного и охарактеризуйте острый эпизод?

3. Помощь в купировании острых нарушений, а также лечение ведущего синдрома.

Ответы к ситуационным задачам

Задача 1:

1. Дисциркуляторная энцефалопатия. Ишемический инсульт?
2. Компьютерная томография (исследование у больной действительно позволило выявить очаг ишемического инсульта).

Задача 2: Рассеянный склероз.

Задача 3:

3. Болезнь Вильсона
4. Исследование церулоплазмينا в крови и меди в моче.
3. Прием медьхелатирующих препаратов должен быть пожизненным.

Задача 4:

1. Миеломная болезнь.
2. Электрофорез белка (М-градиент), белок Бенс-Джонса в моче.

Задача 5: Воспаление гайморовых пазух. Необходимо провести рентгенологическое исследование придаточных пазух носа.

Задача 6:

3. Инфекционный эндокардит, для исключения которого следует провести посев крови на стерильность на пике лихорадки.
4. Инсульт у больной, наиболее вероятно, явился осложнением инфекционного эндокардита.

Задача 7:

1. Водянка мозга.
2. Ультразвуковое исследование мозга или магнитнорезонансное томографическое исследование; исследование цереброспинальной жидкости (давление, состав ликвора)
3. Диакарб в таблетках.

Задача 8:

1. Артериальная гипертензия, геморрагический инсульт (возможно, субарахноидальное кровоизлияние).
2. Госпитализация в стационар. Подтверждение диагноза – люмбальная пункция, нейровизуализация – компьютерная томография, магнитнорезонансное томографическое исследование головного мозга.
3. Гипотензивные средства, мочегонные препараты (дегидратация) – лазикс, прокоагулянты (эпсилон-аминокапроновая кислота, дицинон).

Задача 9:

1. Острый микробный менингит.
2. Исследование цереброспинальной жидкости (давление, физические свойства, состав), посев на флору и чувствительность к антибиотикам. Общие анализы крови и мочи.
3. Госпитализация в инфекционное отделение или общий стационар. Экстренно назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия (на грамм-положительные и отрицательные микробы), анальгетики, инфузии внутривенно физиологического раствора и др. (дезинтоксикация).

Задача 10:

1. Субарахноидальное кровоизлияние (самопроизвольное) – синдром «раздражения мозговых оболочек».
2. Госпитализация в стационар, люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости.
3. Назначение коагулянтов – дицинон, эпсилон-аминокапроновой кислоты, анальгетики, дексаметазон.
4. Консультация нейрохирурга (перевод в нейрохирургическое отделение – поиск источника кровотечения).

Задача 11:

1. Сосудистая энцефалопатия, ишемический инсульт в левом полушарии головного мозга.
2. Госпитализация, назначение дезагрегантов (аспирин, трентал), кавинтона, ноотропов, мексидола, глицина, антибиотиков – по показаниям.
3. Реабилитация (ноотропы, кавинтон, расхаживание и друг.). Профилактика повторного инсульта – дезагреганты, статины.

Задача 12:

1. Паркинсонизм.
2. Дефицит медиатора дофамина.
3. Циклодол, препараты леводопы, проноран.

Задача 13:

1. Кардиогенная эмболия сосудов мозга в левом полушарии.
2. Госпитализация. Антикоагулянты – гепарин, трентал, кавинтон, сердечные (по показаниям).
3. Антикоагулянты – варфарин, консультация кардиолога (нормализация ритма сердца).

Задача 14:

1. Опухоль головного мозга (в задней черепной ямке).
2. Нейровизуализация – магнитнорезонансная томография головного мозга, осмотр глазного дна офтальмологом.
3. Дегидратационная терапия (маннитол, лазикс, дексаметазон) – предупреждение вклинения мозга в большое затылочное отверстие.

Задача 15:

1. Посттравматическая хроническая внутричерепная гематома.
2. Травматическое повреждение вен головного мозга с медленным формированием гематомы.
3. Рентгенограмма черепа (перелом костей), нейровизуализация – компьютерная томография магнитнорезонансная томография и головного мозга.
4. Вклинение мозга в тенториальную вырезку намета мозжечка, сдавление ствола мозга.
5. Экстренная госпитализация. Мощная дегидратация – маннитол 1-1,5 г/л внутривенно капельно, лазикс до 80-120 мг/с, дексаметазон, прокоагулянты (дицинон). Консультация с нейрохирургом по санитарной авиации, вызов на себя.

Задача 16:

1. Последствия черепно-мозговой травмы, синдром вегетативной дистонии.
2. В клинике перманентные вегетативные расстройства полисистемного характера. Симпато-адреналовый криз (паническая атака).
3. Купирование симпатического криза диазепамом (реланиум, сибазон) по 10 мг внутримышечно, внутривенно или в таблетках. Постоянное назначение грандаксина, клоназепама, афобазола (или антидепрессантов).

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 4) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 12. Пациент с нарушением психики в ОВП

Тема 12.1: Депрессивные расстройства в общей врачебной практике

Тема 12.2: Тревожные расстройства в общей врачебной практике

Тема 12.3: Острые состояния у пациентов с нарушениями психического здоровья и неотложная помощь в общей врачебной практике

Тема 12.4: Профилактика психических расстройств и расстройств поведения

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с нарушением психики

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с нарушением психики в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с нарушением психики в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Нормальное психосоциальное развитие и нормальное поведение в разные возрастные периоды, их варианты.
2. Факторы риска психических расстройств и расстройств поведения.
3. Нарушения психического здоровья.

- 3.1 Основные синдромы и симптомы.
- 3.2 Психические расстройства, преимущественно диагностируемые в детском и подростковом возрасте.
- 3.3 Делирий, деменция (включая болезнь Альцгеймера), амнезия, когнитивные расстройства.
- 3.4 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.
- 3.5 Шизофрения и другие психотические расстройства.
- 3.6 Аффективные расстройства (расстройства поведения).
- 3.7 Тревога и тревожные расстройства.
- 3.8 Соматоформные расстройства.
- 3.9 Невротические расстройства.
- 3.10 Диссоциативные расстройства.
- 3.11 Психозы.
- 3.12 Расстройства личности (психопатии).
- 3.13 Расстройства половой идентификации и сексуальные расстройства.
- 3.14 Расстройства пищевого поведения.
- 3.15 Расстройства сна.
- 3.16 Расстройства регулирования поведения и настроения.
- 3.17 Злоупотребление алкоголем и наркотиками.
- 3.18 Пограничные расстройства.
- 3.19 Суицидальное поведение.
4. Неотложные состояния, связанные с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
5. Диагностика психических расстройств поведения.
6. Клиническая фармакология психических расстройств. Основные группы лекарственных средств.
7. Этические и юридические аспекты оказания помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач)*

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Женщина 55 лет, предъявляет многочисленные жалобы функционального характера, предлагает врачу ознакомиться с данными многочисленных обследований, дневником самонаблюдения, настаивает на новых обследованиях и консультациях у специалистов.

Предварительный диагноз: Ипохондрия (ипохондрический невроз, атипичное соматоформное расстройство, И.) - состояние фиксации внимания на проблемах собственного здоровья, характеризующееся убежденностью человека в наличии у него серьезного заболевания, основанной на каких-либо соматических (телесных) симптомах или физических проявлениях, которые на самом деле не являются признаками заболевания. Этиология неизвестна.

В общемедицинской практике И. наблюдают у 14-20% всех больных. Может возникнуть в любом возрасте; пик заболеваемости приходится на возраст после 30 лет у мужчин и после 40 лет у женщин.

Признаки серьезного заболевания. Признаки тяжелой депрессии и/или тревожного синдрома, появление жалоб причудливого или бредового характера (И. может быть одним из первых проявлений шизофрении).

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Безработный больной

Социальная изоляция

Смерть близкого

Ведение пациентов с ипохондрией

Диагноз

Пациенты, страдающие И., предъявляют множество разнообразных жалоб, уверены в том, что страдают серьезным заболеванием, которое не удастся обнаружить. Уверенность в наличии болезни обычно сопровождается чрезмерной озабоченностью и страхом и сохраняется несмотря на отрицательные результаты исследований, но не несёт бредового характера. Больные настолько

озабочены своим состоянием, что это приводит к социально-трудовой дезадаптации. Расстройство часто сопровождается депрессивными и тревожными состояниями. Любые попытки разубедить человека тщетны и не смягчают тревогу или страх, а зачастую приводят к продолжению поисков медицинского диагноза и лечения в других учреждениях. Озабоченность, как правило, в большей степени вызывают физиологические функции, чем болезненные симптомы. Сердцебиение, потоотделение, дыхание проверяются ежеминутно – не изменился ли ритм, нет ли необычных ощущений; любое отклонение от нормы трактуется как подтверждение болезни.

И. может быть способом получить социальную поддержку с помощью принятой на себя роли больного. Однако И. почти всегда сочетается с каким-либо другим психическим расстройством (депрессия, тревога, соматизированное расстройство). Показано, что у лиц, страдающих депрессией, значительно учащаются соматические жалобы, для которых не находится физических причин. Более того, при лечении депрессии и улучшении состояния соматические жалобы исчезают. Другое состояние, сочетающееся с И., – это паническое тревожное расстройство, при котором больные часто беспокоятся по поводу симптомов, связанных с сердечной деятельностью. Такие пациенты нередко попадают в больницу по скорой помощи, поскольку уверены, что у них сердечный приступ, часто посещают врачей, подвергаются ненужным хирургическим вмешательствам, диагностическим обследованиям и лекарственной терапии.

Основное в диагностике – исключить соматические и неврологические заболевания. Психологическое тестирование для выявления психических расстройств и подтверждения диагноза ипохондрии, для чего необходимо направить пациента к специалисту-психиатру.

Лечение

Лечение следует начинать с установления доверительных отношений с пациентом; важно убедить пациента, что врач будет помогать, независимо от наличия или отсутствия симптомов (болезни). Врачу не следует подвергать сомнению существование симптомов или субъективную оценку пациентом их тяжести. Врач должен одновременно прислушиваться к пациенту и противостоять ему во время беседы. Не рекомендуется называть имеющиеся у пациента симптомы психическими. Наилучшим является лечение, направленное на сопутствующие состояния, а не на соматические симптомы. Используется индивидуальная, групповая психотерапия. Основная цель в ведении пациентов с И – не пропустить действительно имеющееся соматическое заболевание, обеспечить безопасность больного и избежать излишних процедур, медикаментозного и оперативного лечения. При сочетании И. с тревожным или депрессивным расстройством показано лечение, нацеленное на снятие тревоги и депрессии (антидепрессанты и транквилизаторы), но для этого необходима консультация психиатра. Полностью излечиваются от И. лишь 5% больных.

При наличии индикаторов серьезного заболевания

Срочная консультация психиатра.

При наличии психосоциальных факторов риска

По возможности их смягчение с применением психотерапии, привлечением социальных работников.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Пациент К., 1928 года рождения. Жалоб активно не предъявляет. Наследственность неотягощена. Образование 7 классов, работал кузнецом, служил в СА. Женат, имеет 1 ребенка. Многократные ЧМТ, злоупотребления алкоголем. В 1978 году лечился в ГПБ с алкогольным психозом. Снижение памяти впервые заметили в 1998 году, обратились к психиатрам в 2002 году. Поддерживающего лечения не принимал. На момент осмотра проживал с женой.

Психический статус: дезориентирован - в личности, во времени, в пространстве. Не знает жену, рассеян, суетлив. Походка медленная, шаркающая. Лицо гипомимично, чмокающие движения губами. Смысл задаваемых вопросов не понимает, путается в квартире, одевается с помощью. Бреда и обманов восприятия не выявлено. Установить диагноз.

Задача 2.

Пациентка С, 1948 года рождения. Из анамнеза: наследственность психопатологически неотягощена. Раннее развитие без особенностей. Образование среднее - специальное (музыкальное).

Психическое состояние: на момент последнего посещения от 2.10.2001г. года: жалоб нет. Ориентирована. Контакт формальный. Моторно спокойна. Фон настроения ровный. Эмоционально уплощена. Бреда, галлюцинаций нет. Критика к болезни отсутствует.

Дополнительные методы исследования: заключение психолога от 11.04.2001 года: пограничное состояние интеллекта, легкое мнестическое снижение, снижение эмоционального фона, неуравновешенность.

Установить диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. Диагноз: Сосудистая деменция. **Задача 2.** Диагноз: Шизофрения (ремиссия).

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)*

1. Нормальное психосоциальное развитие и нормальное поведение в разные возрастные периоды, их варианты.
2. Факторы риска психических расстройств и расстройств поведения.
3. Нарушения психического здоровья.
- 3.1 Основные синдромы и симптомы.
- 3.2 Психические расстройства, преимущественно диагностируемые в детском и подростковом возрасте.
- 3.3 Делирий, деменция (включая болезнь Альцгеймера), амнезия, когнитивные расстройства.
- 3.4 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.
- 3.5. Шизофрения и другие психотические расстройства.
- 3.6. Аффективные расстройства (расстройства поведения).
- 3.7. Тревога и тревожные расстройства.
- 3.8 Соматоформные расстройства.
- 3.9 Невротические расстройства.
- 3.10 Диссоциативные расстройства.
- 3.11 Психозы.
- 3.12 Расстройства личности (психопатии).
- 3.13 Расстройства половой идентификации и сексуальные расстройства.
- 3.14 Расстройства пищевого поведения.
- 3.15 Расстройства сна.
- 3.16 Расстройства регулирования поведения и настроения.
- 3.17 Злоупотребление алкоголем и наркотиками.
- 3.18 Пограничные расстройства.

3.19 Суицидальное поведение.

4. Неотложные состояния, связанные с психическими расстройствами и расстройствами поведения.
5. Диагностика психических расстройств поведения.
6. Клиническая фармакология психических расстройств. Основные группы лекарственных средств.
7. Этические и юридические аспекты оказания помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

01. Астенический синдром характеризуется всем перечисленным, кроме:

- а) физической истощаемости;
- б) психической истощаемости;
- в) фиксационной амнезии;
- г) аффективной лабильности.

02. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффективной лабильности с преобладанием пониженного настроения;
- б) повышенной утомляемости и истощаемости;
- в) гиперстезии;
- г) нарушения сознания;
- д) соматовегетативных нарушений.

03. Астенический синдром как последствие черепно-мозговой травмы характеризуется всем перечисленным, кроме

- а) проявлений раздражительной слабости;
- б) аффективной лабильности;
- в) явлений «усталости, не ищущей себе покоя»;
- г) ментизма;
- д) головных болей и вегетативных нарушений.

04. Для астенического синдрома при атеросклерозе характерно все перечисленное, исключая:

- а) резко выраженную утомляемость;
- б) утрату способности к продолжительному умственному и физическому напряжению;
- в) восстановление работоспособности после продолжительного отдыха;
- г) легкие нарушения сознания в виде обнубиляции;
- д) легкость перехода от сниженного настроения со слезливостью к благодушию и эйфории.

05. Классическая депрессивная триада характеризуется:

- а) эмоциональным торможением;
- б) двигательным торможением;
- в) идеаторным торможением;
- г) всем перечисленным;
- д) ничем из перечисленного.

06. Для депрессивной триады характерно все перечисленное, кроме:

- а) аффекта тоски;
- б) двигательного торможения;
- в) меланхолического раптуса;
- г) идеаторного торможения;
- д) депрессивного содержания мышления.

07. Депрессивное идеаторное торможение может быть выражено всеми проявлениями, кроме:

- а) концентрации мышления на депрессивной фабуле;
- б) затруднения запоминания;
- в) затруднения воспроизведения;
- г) явлений прогрессирующей амнезии;
- д) депрессивного моноидеизма.

08. К признакам депрессивного двигательного торможения относятся все перечисленные, исключая:

- а) замедление движений;

- б) бедность мимики;
 - в) ощущение мышечной слабости;
 - г) повышенную чувствительность;
 - д) явления депрессивного ступора.
09. К простым вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме:
- а) анестетической депрессии;
 - б) тревожной депрессии;
 - в) ступорозной депрессии;
 - г) депрессии с бредом осуждения;
 - д) депрессии с бредом самообвинения.
10. К сложным вариантам депрессивного синдрома относятся все перечисленные, кроме:
- а) ипохондрической депрессии;
 - б) депрессии с интерпретативным бредом;
 - в) депрессии с бредом ущерба;
 - г) депрессии с бредом самоуничтожения;
 - д) депрессии с чувственным бредом.
11. К соматическим признакам депрессии относятся:
- а) запоры;
 - б) похудение;
 - в) дисменорея;
 - г) все перечисленное;
 - д) ничего из перечисленного.
12. К соматическим признакам депрессий могут относиться:
- а) повышение веса;
 - б) отсутствие аппетита;
 - в) постарение;
 - г) все перечисленное;
 - д) ничего из перечисленного.
13. Диагностическое значение имеют следующие признаки депрессии:
- а) наличие или отсутствие суточных колебаний настроения;
 - б) наличие или отсутствие в анестетических депрессиях компонента *dolorosa*;
 - в) депрессивный ступор;
 - г) все перечисленные;
 - д) ни один из перечисленных.
14. К простым вариантам маниакального синдрома относятся все перечисленные, кроме:
- а) гневливой мании;
 - б) веселой мании;
 - в) спутанной мании;
 - г) мании с чувственным бредом;
 - д) непродуктивной мании.
15. К сложным маниям относятся все перечисленные, исключая:
- а) манию с интерпретативным бредом;
 - б) манию с чувственным бредом;
 - в) спутанную манию;
 - г) манию с галлюцинозом;
 - д) манию с онейроидом;
16. С наличием гипоманиакального состояния могут быть связаны следующие проявления
- а) повышенный аппетит;
 - б) нарушение сна;
 - в) расторможение влечений;
 - г) все перечисленные;
 - д) ни одно из перечисленных.
17. Маниакальная триада характеризуется:
- а) повышенным настроением;
 - б) ускорением ассоциаций;
 - в) двигательным возбуждением;

- г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.
18. Маниакальное идеаторное возбуждение может быть выражено всеми перечисленными признаками, исключая:
а) гипермнезию;
б) конфабуляции;
в) ускорение ассоциаций;
г) явления отвлекаемости (мысли «скачут»);
д) идеаторную «спутанность».
19. Признаками гипоманиакального состояния являются:
а) повышенная активность;
б) повышение настроения;
в) нарушение сна;
г) все перечисленные;
д) ни один из перечисленных.
20. Обсессивный синдром характеризуется:
а) возникновением чувств, мыслей, воспоминаний, влечений, двигательных актов и т.д., помимо желания;
б) сознанием их болезненности, критическим отношением к ним;
в) бессилием в противоборстве, преодолением ценой изнуряющих страданий;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.
21. К отвлеченным навязчивостям относятся все перечисленные, исключая:
а) бесплодное мудрствование (умственная жвачка);
б) навязчивый счет;
в) навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, терминов и т.д.;
г) навязчивое чувство антипатии;
д) навязчивое разложение на отдельные слоги различных слов.
22. Навязчивое чувство антипатии характеризуется:
а) возникающим помимо воли и вопреки действительному отношению чувствам неприязни, ненависти, отвращения к человеку;
б) возникновением отчаяния из-за подобного чуждого чувства;
в) невозможностью избавиться от него;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.
23. Навязчивые влечения характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) появления вопреки разуму, воли и чувству;
б) стремления совершать какое-либо бессмысленное, часто опасное действие;
в) острого овладения рассудком, подчиняя себе все поведение больного;
г) возникновения при этом страха, связанного с представлением о возможности подобных действий;
д) возникновения при этом страха, связанного также с непонятностью появления нужды в навязчивых действиях.
24. Навязчивый страх (фобия) характеризуется всем перечисленным, кроме:
а) интенсивного и непреодолимого страха, охватывающего больного;
б) понимания его бессмысленности, попытками справиться с ним;
в) наличия конкретного содержания;
г) неопределенного чувства страха, без понимания его бессмысленности;
д) возможности быть всеохватывающим.
25. Навязчивые сомнения характеризуются всем перечисленным, исключая:
а) назойливую неуверенность в правильности и законченности совершенных действий;
б) сомнение в правильности и точности исполнения;
в) стремление проводить перепроверки;
г) успокоение больного многократными проверками;
д) возможность продолжаться до бесконечности.
26. Навязчивые опасения характеризуются всем перечисленным, кроме:
а) неустранимой вопреки воле и рассудку неуверенности в удачном выполнении привычных или

- автоматизированных действий;
- б) ощущения воздействия посторонней силы;
 - в) отношения к образным (чувственным) навязчивостям;
 - г) близости к навязчивым сомнениям;
 - д) возможности действительного нарушения соответствующих как произвольных, так и непроизвольных действий.
27. К навязчивым ритуалам относятся все перечисленные, кроме:
- а) навязчивых движений и действий, возникающих совместно с другими образными навязчивостями;
 - б) действия, совершаемого под воздействием чужой воли;
 - в) имеющих значение заклинаний, защиты;
 - г) воспроизводящихся вопреки разуму для предупреждения мнимого несчастья или преодоления другого вида навязчивости.
28. Синдром деперсонализации характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) расстройства самосознания личности, отчуждения психических свойств личности;
 - б) нарушения сознания;
 - в) чувства изменения, утраты или раздвоения своего Я;
 - г) расстройства самосознания витальности и активности;
 - д) расстройства самосознания целостности.
29. В сравнительно легких случаях деперсонализация выражается всем перечисленным, исключая:
- а) ощущение внутренней измененности, касающейся чувств и мыслей;
 - б) восприятие окружающей обстановки как безжизненной;
 - в) блеклое, безжизненное, приглушенное осознание себя;
 - г) ощущение наблюдения себя как бы со стороны;
30. В более тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, кроме:
- а) ощущения нереальности окружающего;
 - б) отчуждения мыслей, отчуждения чувств;
 - в) отчуждения действий, поступков;
 - г) отчуждения представлений, воспоминаний;
 - д) восприятия их как искусственно созданных воздействием извне.
31. В самых тяжелых случаях деперсонализация проявляется всем перечисленным, исключая:
- а) утрату чувственного восприятия предметов;
 - б) феномен расщепления Я;
 - в) утверждение, что существуют два несогласных Я;
 - г) утверждение, что каждое из этих Я по-разному воспринимает окружающее, думает, действует;
 - д) ощущение, что подобное расщепление происходит под воздействием внешних сил.
32. К проявлениям физической (телесной) деперсонализации относятся:
- а) чувство отчуждения своего голоса;
 - б) ощущение, что тело, отдельные части его стали чужими;
 - в) наблюдение за своими действиями как бы со стороны;
 - г) все перечисленные;
 - д) ни одно из перечисленных.
33. К расстройству самосознания витальности относится все перечисленное, кроме:
- а) снижения или исчезновения чувства собственной жизненности;
 - б) понижения восприимчивости внешних раздражителей;
 - в) ослабления переживания телесной жизнедеятельности (в легких случаях);
 - г) утраты чувства, что живут, что есть (в тяжелых случаях);
 - д) ослабления физического благополучия, тонуса телесного существования.
34. К расстройству самосознания целостности относится все перечисленное, кроме:
- а) ощущения расстройства «схемы тела» (увеличения и смещения)
 - б) нарушения осознания себя как единого неразрывного целого
 - в) возникновения переживания внутреннего распада, раздвоения, вызывающего панический страх
 - г) сосуществования двух несогласованных Я, находящихся в постоянном противоречии
 - д) возможности отчуждения частей собственного тела
35. К расстройству границ самосознания относится все перечисленное, исключая:
- а) ослабление вплоть до полного исчезновения границ Я и не Я;
 - б) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между миром внутренним и внешним;

- в) появление полного равнодушия, безучастия ко всему окружающему;
- г) ослабление вплоть до полного исчезновения различия между реальностью и образами, созданными акустическим миром больных.
36. К расстройству идентичности самосознания относится все перечисленное, исключая:
- а) неуверенность в непрерывности самосознания от рождения до данного момента;
- б) прекращение осознания себя, кто Я;
- в) в легких случаях - ощущение отдаленности своего Я;
- г) в тяжелых случаях - исчезновение уверенности «Я есть, Я сам»;
- д) дезориентировку в ситуации.
37. Дерекализация характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) искажения величины и формы воспринимаемых предметов и пространства;
- б) чувства призрачности окружающего;
- в) восприятия внешнего мира призрачным, неотчетливым;
- г) утраты чувства действительности;
- д) сомнения в реальности существования окружающих предметов, людей.
38. Дерекализационные расстройства проявляются всем перечисленным, кроме:
- а) ослабления олицетворения неодушевленных предметов (окружающее лишено эмоционального резонанса, безжизненно, мертво);
- б) неспособности определять год, месяц, число, время года, день недели;
- в) восприятия окружающего зловеще-настороженным, мистически таинственным, необычно радостным;
- г) возникновения ощущения, что рядом кто-то находится, непосредственно переживается, с одновременным осознанием ошибочности возникающего чувства;
- д) нарушения способности восприятия в виде невозможности устанавливать связи явлений и понимать смысл происходящего.
39. Сенестопатии характеризуются всем перечисленным, кроме:
- а) разнообразных, крайне мучительных, тягостных ощущений в различных частях тела;
- б) необычности, вычурности ощущений;
- в) отсутствия констатируемых соматическими методами исследований причин;
- г) частых сочетаний с ипохондрическими расстройствами;
- д) восприятия, искажения формы и величины своего тела.
40. Ипохондрический синдром проявляется всем перечисленным, исключая:
- а) чрезмерно утрированное внимание к здоровью;
- б) убежденность в существующем заболевании;
- в) подавленное настроение с сенестопатиями и мыслями о неизлечимой болезни;
- г) бредовую убежденность в существовании несуществующей болезни;
- д) разнообразные, крайне мучительные и тягостные ощущения.
41. Особенностью паранойяльной ипохондрии является все перечисленное, кроме:
- а) твердой убежденности в некоем заболевании;
- б) убеждения, что болезнь развилась в результате воздействия гипноза и т.д.;
- в) наличия системы доказательств заболевания;
- г) упорного требования обследования;
- д) проявления кверулянтской активности при попытке переубеждения.
42. Истерический припадок проявляется всем перечисленным, кроме:
- а) припадков с клонической и тонической фазой;
- б) разнообразных сложных, выразительных движений;
- в) сопровождающегося помрачением сознания;
- г) психогенной обусловленности;
- д) усиления и затягивания при скоплении людей вокруг.
43. Малые истерические припадки проявляются всем перечисленным, исключая:
- а) приступы рыдания и хохота;
- б) патетическую жестикуляцию;
- в) секундную потерю сознания с подергиванием тела и группы мышц;
- г) чувство дурноты, учащенное дыхание;
- д) беспорядочные движения конечностями.
44. Истерические нарушения моторики проявляются всем перечисленным, исключая:

- а) функциональные парезы и параличи;
 - б) явления астазии-абазии;
 - в) различные гиперкинезы и тики;
 - г) психогенную слепоту;
 - д) блефароспазм, афонию и мутизм.
45. Истерические сенсорные нарушения и расстройства чувствительности проявляются всем перечисленным, кроме:
- а) концентрического сужения полей зрения;
 - б) психогенной слепоты (амавроза);
 - в) утраты слуха;
 - г) гипестезии и анестезии участков тела;
 - д) наличия характера сделанности этих расстройств.
46. Истерические нарушения зрения характеризуются всем перечисленным, кроме:
- а) отсутствия изменений границ на красный цвет при концентрическом сужении полей зрения;
 - б) острого возникновения, наличия явной или скрытой связи с психогенией;
 - в) отсутствия нарушения пространственной ориентировки;
 - г) сохранения реакции на свет;
 - д) изменений на глазном дне.
47. При истерической полной утрате слуха наблюдается все перечисленное, кроме:
- а) сохранения реакции на невербальные звуки и шумы;
 - б) наличия замыкания глазных щелей при интенсивном внезапном звуке;
 - в) нарушения барабанной перепонки;
 - г) сужения зрачков при громких звуках;
 - д) наличия гипестезии (анестезии) ушных раковин.
48. Истерические сумеречные состояния характеризуются всем перечисленным, кроме:
- а) возникновения в памяти всего периода истерического изменения сознания;
 - б) расстройства сознания с наплывом ярких галлюцинаций, полностью замещающих реальную обстановку;
 - в) чрезвычайно выразительного, театрального поведения больных;
 - г) звучания психотравмирующей ситуации;
 - д) возможности возникновения нестойких бреподобных идей.
49. Синдром сверхценных идей характеризуется всем перечисленным, кроме:
- а) наличия суждений, возникающих вследствие реальных обстоятельств на основе действительных фактов;
 - б) приобретения этими суждениями в сознании больного доминирующего места;
 - в) наличия выраженного аффективного напряжения;
 - г) склонности при определенных условиях с течением времени блекнуть и исчезать;
 - д) целиком ошибочных, неправильных умозаключений.
50. Бредовые идеи характеризуются всем перечисленным, кроме:
- а) несоответствия действительности;
 - б) доступности исправления, устранения путем убеждения;
 - в) искажения отражения действительности;
 - г) полного овладения сознанием;
 - д) невозможности исправления, несмотря на явное противоречие с действительностью.
51. Шизофренией наиболее часто заболевают в возрасте:
- а) подростковом;
 - б) зрелом;
 - в) старческом;
 - г) одинаково во всех возрастных группах.
52. Для шизофрении характерны все перечисленные расстройства, кроме:
- а) невротоподобных расстройств
 - б) бредовых расстройств
 - в) галлюцинаторно-бредовых расстройств
 - г) судорожного синдрома
 - д) верно а) и г)
53. Специфическими, встречающимися только при шизофрении являются следующие расстройства:

- а) синдром Кандинского – Клерамбо;
 - б) псевдогаллюцинации;
 - в) интерпретативный бред;
 - г) все перечисленные;
 - д) ничего из перечисленного.
54. Характерным для изменений личности (негативных расстройств) при шизофрении является все перечисленное, кроме:
- а) снижения энергетического потенциала;
 - б) эмоционального обеднения;
 - в) нарастающей интравертированности;
 - г) утраты единства психических процессов;
 - д) тугоподвижности, замедленности всех психических процессов.
55. Для мышления больных шизофренией характерно:
- а) замедление ассоциативного процесса;
 - б) феномен соскальзывания и явление закупорки мышления;
 - в) обстоятельность;
 - г) ускорение ассоциативного процесса;
 - д) все перечисленное.
56. Для эмоциональной сферы больных шизофренией характерно:
- а) прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций;
 - б) неадекватность, парадоксальность эмоциональных реакций;
 - в) раздвоение эмоциональных реакций на одно и то же событие;
 - г) все перечисленное;
 - д) ничего из перечисленного.
57. Внешнему виду больных шизофренией свойственны:
- а) неадекватная мимика;
 - б) исчезновение вазомоторных реакций;
 - в) «стальной» блеск глаз;
 - г) замедленность или ускоренность пантомимики;
 - д) верно а) и б).
58. Основными формами течения шизофрении являются все перечисленные, кроме:
- а) параноидной;
 - б) вялотекущей;
 - в) кататонической;
 - г) приступообразно-прогредиентной;
 - д) рекуррентной.
59. Для всех непрерывнотекущих форм шизофрении характерно:
- а) острое, внезапное начало;
 - б) развитие негативных расстройств только после появления продуктивной симптоматики;
 - в) выраженные аффективные фазы;
 - г) все перечисленное;
 - д) ничего из перечисленного.
60. Для непрерывнотекущих форм шизофрении характерно развертывание всех перечисленных синдромов, кроме:
- а) неврозоподобных;
 - б) бредовых;
 - в) галлюцинаторных;
 - г) кататонических;
 - д) аффективных (психические депрессии, мании).
61. К олигофрениям относят:
- а) только врожденное слабоумие;
 - б) приобретенное слабоумие с полным распадом психической деятельности;
 - в) только рано приобретенное слабоумие без признаков распада психической деятельности;
 - г) врожденное и рано приобретенное слабоумие с признаками недоразвития психики в целом, но преимущественно – интеллекта;
 - д) приобретенное в различные сроки жизни слабоумие с преимущественным поражением

интеллектуальной сферы.

62. Термин «умственная отсталость»:

- а) тождествен термину «олигофрения»;
- б) тождествен термину «деменция»;
- в) тождествен термину «рано приобретенное слабоумие»;
- г) объединяет случаи олигофрении и рано возникшей деменции;
- д) объединяет случаи деменции, возникшей в раннем детстве и в пубертате.

63. Олигофрения является заболеванием, характеризующимся недоразвитием:

- а) психики (преимущественно интеллекта);
- б) личности;
- в) всего организма больного;
- г) всего перечисленного;
- д) верно а) и б).

64. При олигофрении возможно все перечисленное, кроме:

- а) признаков прогрессивности;
- б) эволютивной динамики;
- в) периодов декомпенсации под влиянием возрастных кризов;
- г) периодов компенсации;
- д) периодов декомпенсации под влиянием психических факторов.

65. К олигофрениям могут быть отнесены:

- а) врожденные или возникающие в детстве прогрессирующие заболевания, ведущие к слабоумию;
- б) остаточные явления органического поражения головного мозга с деменцией;
- в) вторичные задержки развития, обусловленные физическими дефектами;
- г) все перечисленные утверждения;
- д) ни одно из перечисленных утверждений.

66. К препаратам, способствующим развитию депрессии, относятся:

- а) барбитураты;
- б) кортикостероиды;
- в) индометацин;
- г) β -адреноблокаторы;
- д) все ответы верные.

67. Диагностика депрессии основывается на следующих симптомах:

- а) снижение витального тонуса;
- б) пессимистическое настроение;
- в) нарушение сна;
- г) суицидальные мысли;
- д) все ответы верные.

68. Одним из самых частых в клинике неврозов является:

- а) сатанический синдром;
- б) депрессивный синдром;
- в) вегетативный синдром;
- г) ипохондрический синдром;
- д) обсессивный синдром.

69. К эмоциональным расстройствам относят:

- а) тревогу;
- б) страх;
- в) апатию;
- г) панику;
- д) все ответы верные.

70. Этиологические факторы олигофрении в зависимости от времени воздействия разделяются:

- а) на наследственные;
- б) на внутриутробные;
- в) на перинатальные и первых 3 лет жизни;
- г) на все перечисленные;
- д) все перечисленное неверно.

71. Классификация пограничных состояний включает:

- а) психопатии;
 - б) реактивные состояния и психозы;
 - в) невроты;
 - г) все перечисленное;
 - д) верно а) и в).
72. Для психопатий характерно:
- а) стойкие аномалии личности;
 - б) дисгармония эмоционально-волевой сферы;
 - в) преобладание своеобразного, преимущественно аффективного мышления;
 - г) все перечисленное;
 - д) ничего из перечисленного.
73. Видами дизонтогенеза являются:
- а) искаженное, асинхронное развитие;
 - б) запаздывающее развитие;
 - в) акселерация;
 - г) верно а) и б);
 - д) все перечисленные.
74. Для психического инфантилизма при психопатии характерно все перечисленное, кроме того, что он:
- а) носит парциальный характер;
 - б) выявляется в преобладающей роли незрелости мышления аффективной сферы;
 - в) характеризуется наличием незрелости, несамостоятельности, необходимости поддержки;
 - г) выявляется появлением оппозиции, псевдосамостоятельности;
 - д) носит тотальный характер.
75. К особенностям психопатических личностей относится все перечисленное, кроме:
- а) слабости самообладания, самоконтроля;
 - б) наличия аффективных колебаний;
 - в) тенденции к возникновению реактивных состояний при трудностях;
 - г) недостаточной способности приводить манеру своего поведения к меняющимся условиям внешней среды;
 - д) эндогенных, внешне не мотивированных сдвигов.
76. Основными характерными признаками психопатий по П.Б.Ганнушкину являются:
- а) тотальность характерологических нарушений;
 - б) стойкость характерологических нарушений;
 - в) выраженность до степени изменения социальной адаптации;
 - г) все перечисленные;
 - д) ни один из перечисленных.
77. Общие признаки аффективных психопатий включают:
- а) синтонность, общительность
 - б) свободное проявление чувств
 - в) естественность и понятность эмоций
 - г) преобладание одного фона настроения либо лабильность, неустойчивость его;
 - д) все перечисленное.
78. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме:
- а) наличия аффективной лабильности;
 - б) постоянно повышенного настроения;
 - в) безудержного оптимизма;
 - г) общительности, говорливости, подвижности, оживленности;
 - д) приподнятости и беззаботности, которые так велики, что происходит нивелировка нюансов эмоциональных реакций.
79. Признаками гипертимической психопатии являются все перечисленные, кроме:
- а) все принимается «в розовых тонах»;
 - б) серьезной этической позиции;
 - в) неспособности к серьезному глубокому состраданию;
 - г) беззаботного отношения к жизни, гедонизма, поиска удовольствий;
 - д) преобладания низших влечений и бесконтрольности их.

80. Признаками гипертимической психопатии являются:

- а) энергичность, предприимчивость, неутомимость;
- б) деятельность распыления (жажда деятельности и отсутствие постоянства);
- в) богатство идей превращается в пустое прожектерство;
- г) легкая отвлекаемость, недостаток выдержки, недисциплинированность;
- д) все перечисленные.

81. Понятие «первичное патологическое влечение к алкоголю» соответствует утверждению:

- а) активное стремление больных алкоголизмом к употреблению алкоголя вне интоксикации;
- б) неспособность больного прекратить употребление спиртных напитков в пределах алкогольного эксцесса, независимо от изначально выпитой дозы и ситуации;
- в) неодолимое стремление больных продолжить выпивку после определенной дозы;
- г) стремление к употреблению алкоголя на фоне психических расстройств после абзуса.

82. Наиболее общие свойства патологического влечения к алкоголю включают все перечисленное, кроме:

- а) изменения суждений больного;
- б) направленности интересов, приобретающих мировоззренческий характер;
- в) доминирующего характера поведения;
- г) формирования жизненных позиций под влиянием влечения;
- д) сохранения критики к своему состоянию и окружающему миру.

83. Наиболее характерными соматовегетативными признаками, свидетельствующими об актуализации патологического влечения к алкоголю, являются все перечисленные, кроме:

- а) ощущения общего недомогания, слабости;
- б) изменения аппетита;
- в) ощущения жажды;
- г) потливости;
- д) уменьшения частоты курения.

84. Наиболее часто встречающимися при актуализации патологического влечения к алкоголю признаками изменения психического состояния являются все перечисленные, кроме:

- а) неустойчивости настроения;
- б) нарушения сна, появления в сновидениях алкогольной тематики;
- в) повышения истощаемости;
- г) беспричинной напряженности, затруднений при попытке расслабиться;
- д) переключения интересов на занятия типа «хобби».

85. Для симптома ситуационно обусловленного первичного влечения к алкоголю характерно все перечисленное, кроме:

- а) появления на начальных стадиях заболевания;
- б) связи с ситуациями (различные семейные события, ситуации, имеющие отношение к профессиональной деятельности);
- в) оживленности, подъема настроения перед употреблением алкоголя;
- г) невозможности предотвратить эксцесс с помощью социально-этических норм.

86. Для симптома спонтанно возникающей первичной патологической борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

- а) влечения, которое осознается больным со всей определенностью;
- б) появления на этапе I—II, II ст. заболевания;
- в) попыток больного бороться с желанием выпить;
- г) постоянного присутствия в структуре влечения сенестопатических расстройств (чувство вкуса водки, жжение в области желудка).

87. Для симптома спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

- а) неосознаваемости больным влечения;
- б) появления во II стадии болезни;
- в) способности предотвратить развитие эксцесса с помощью этических моментов;
- г) раздражительности перед алкогольным эксцессом, колебаний настроения.

88. Для актуализации симптома спонтанно возникающего первичного влечения без борьбы мотивов характерно все перечисленное, кроме:

- а) появления уверенности в возможности «нормальной выпивки»;

- б) оживления в ответ на алкогольные раздражители;
- в) поиска ситуаций, связанных с употреблением алкоголя;
- г) изменения аппетита;
- д) ощущения внутренней физической тяжести.

89. Для симптома первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости верно все перечисленное, кроме:

- а) спонтанного возникновения;
- б) реализации вслед за возникновением;
- в) появления преимущественно у больных с астеническими характерологическими чертами в преморбиде;
- г) интенсивности, подобной голоду или жажде;
- д) формирования во II-III и III стадиях заболевания.

90. Симптому первичного патологического влечения к алкоголю с характером неодолимости предшествуют все перечисленные признаки, исключая:

- а) отчетливое желание выпить;
- б) ощущение вкуса спиртного во рту, посасывания в желудке;
- в) злобность, агрессивность больного при появлении препятствий к приему алкоголя;
- г) тревогу, ожидание беды, неприятностей;
- д) утрату на этот период каких-либо морально-этических норм.

91. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относятся:

- а) клиническая обоснованность и дифференцированный подход к назначению препаратов;
- б) интенсивность наращивания психотропных средств в процессе лечения;
- в) контроль терапии в динамике;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

92. Патогенетическая терапия психотропными средствами основана:

- а) на комплексности терапии (постоянном сочетании медикаментозного лечения с психотерапией, другими мерами соматоневрологического лечебного воздействия);
- б) на непрерывности терапевтического воздействия с преемственностью между стационарным и внебольничным лечением;
- в) на единстве медикаментозного и социально-трудового воздействия;
- г) на всем перечисленном;
- д) ни на чем из перечисленного.

93. К условиям патогенетической терапии психотропными средствами относятся:

- а) клиническая обоснованность назначения препаратов;
- б) дифференцированный подход к назначению препаратов;
- в) контроль терапии в динамике;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

94. Среди психотропных препаратов выделяют:

- а) психолептики;
- б) психоаналептики;
- в) психодизлептики;
- г) все перечисленное;
- д) ничего из перечисленного.

95. Психолептики включают:

- а) нейролептики;
- б) транквилизаторы;
- в) нормотимики;
- г) все перечисленное;
- д) верно а) и в).

96. Психоаналептики включают:

- а) антидепрессанты;
- б) ноотропы;
- в) психостимуляторы;
- г) все перечисленное;

д) ничего из перечисленного.

97. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся:

- а) на фенотиазиновые производные с алифатической, пиперидиновой или пиперазиновой боковой цепью;
- б) на бутирофеноны;
- в) на тioxантены;
- г) на все перечисленные;
- д) ни на что из перечисленного.

98. Нейролептические препараты (нейролептики) делятся:

- а) на клозепины;
- б) на алколоиды раувольфии;
- в) на производные дифенилбутилпиперидина;
- г) на все перечисленные;
- д) верно б) и в).

99. Транквилизаторы включают все перечисленное, кроме:

- а) производных пропандиола (меробамат);
- б) производных триметоксибензойной кислоты (триоксазин);
- в) дифенилметана (амизил);
- г) ингибиторов моноаминоксидазы;
- д) производных бензодиазепинового ряда (диазепам, феназепам и др.).

100. Нормотимики включают все перечисленные соли лития, кроме:

- а) карбоната лития;
- б) сульфата лития;
- в) ацетата лития;
- г) оксибутирата лития;
- д) финлепсина.

101. Наиболее острыми формами реактивных психозов, возникающими с внезапными, чрезмерными по силе потрясениями, являются:

- А) аффективно-шоковые реакции;
- Б) депрессивные реактивные психозы;
- В) реактивные параноиды;
- Г) истерические реактивные психозы;
- Д) патологический аффект.

102. Разновидностями реактивных депрессивных синдромов являются депрессии:

- 1. простая (меланхолическая);
- 2. истерическая;
- 3. астеническая;
- 4. ипохондрическая.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

103. К реактивным бредовым психозам относят:

- 1. Психозы в условиях тюремной изоляции (галлюцинаторно-бредовые);
- 2. железнодорожные параноиды;
- 3. параноиды военного времени;
- 4. алкогольный психоз.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

104. Психогенная природа психического расстройства определяется:

- 1. наличием психической травмы;
- 2. отражением в фабуле психопатологических переживаний психической травмы;

3. уменьшением выраженности психопатологических симптомов и их обратимостью;
4. наличием черепно-мозговой травмы.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
105. К психогенным психическим расстройствам относят:
1. невроты;
2. психопатии;
3. реактивные психозы;
4. нейро-циркуляторную дистонию.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
106. Неотложная помощь при психогенных реакциях и психозах включает:
1. применение транквилизаторов перорально;
2. применение транквилизаторов и нейролептиков внутримышечно;
3. применение солей лития и карбамазепина;
4. необходимость удержания больного, включая иммобилизацию.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
107. Для купирования возбуждения при реактивных психозах возможно внутримышечное введение:
1. диазепама;
2. мелипрамина;
3. аминазина;
4. трамала.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
108. Для астенического синдрома после соматического заболевания характерно:
1. аффективная лабильность;
2. гиперестезия;
3. повышенная утомляемость;
4. сомато-вегетативные расстройства.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
109. Навязчивый страх (фобия) характеризуется:
1. пониманием его бессмысленности, попытками справиться с ним;
2. наличием конкретного содержания;
3. интенсивностью и непреодолимостью;
4. когнитивными расстройствами.
А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

110. Сенестопатии характеризуются:

1. тягостными разнообразными ощущениями в различных частях тела;
2. необычностью, вычурностью ощущений;
3. отсутствием констатируемых соматическими методами исследования причин;
4. расстройствами местного кровообращения.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

111. Истерический припадок проявляется:

1. сложными, выразительными движениями;
2. помрачением сознания;
3. психогенной обусловленностью;
4. усилением и затягиванием в присутствии других людей.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

112. Малые истерические припадки характеризуются:

1. приступами рыдания и хохота;
2. патетической жестикуляцией;
3. учащенным дыханием;
4. беспорядочным движением конечностей.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

113. Нервная анорексия - это состояние:

1. возникающее чаще в пожилом возрасте и сопровождающееся отказом от приема пищи в связи с убежденностью в недоброкачественности пищи;
2. проявляющееся в сознательном упорном ограничении пищи вплоть до отказа с целью похудения;
3. сопровождающееся отказом от приема пищи в связи с убежденностью в наличии заболевания органов пищеварения;
4. возникающее чаще в подростковом возрасте, преимущественно у девушек.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

114. Невротическая депрессия характеризуется:

1. отражением психотравмирующей ситуации;
2. "бегством в работу";
3. волнообразностью течения;
4. психогенным возникновением.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

115. Невротические вегетативные кризы характеризуются:

1. связью с эмоциональным напряжением;
2. продолжительностью не более 1-2 минуты, стереотипностью;

3. преобладанием симпатико- или парасимпатикотонии;

4. высокими цифрами артериального давления.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

116. Для невротической головной боли нервно-мышечного типа характерно:

1. локализация боли только в затылочной области;

2. болезненность кожи головы;

3. чувство переливания,

шевеления внутри головы

4 ощущение сдавливания, стягивания, “каска”.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

117. Невротические кардиалгии характеризуются:

1. разнообразными болевыми ощущениями в сердце, чаще с локализацией в области верхушки,

2. появлением при физической нагрузке резкой боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку;

3. большей эффективностью седативов и психотерапии, чем спазмолитиков и нитратов

4. однотипностью болевых ощущений.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

118. Невротические нарушения сердечного ритма характеризуются:

1. возникновением бради- и тахикардии;

2. связью с эмоциональным напряжением, усилением в покое в условиях сосредоточения на своих ощущениях;

3. субъективными ощущениями удара сердца о грудную клетку;

4. экстрасистолической аритмией с чувством “замирания” и “перебоев”.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

119. Невротические нарушения ритма дыхания характеризуются:

1. утратой чувства полно ценности вдоха с форсированными дыхательными движениями;

2. экспираторной одышкой со свистящими хрипами в легких;

3. гипервентиляцией с тошнотой и головокружением, постоянным контролем за дыханием;

4. появлением одышки только при физической нагрузке.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

120. Невротические нарушения пищевода характеризуются:

1. чувством жжения за грудиной при наклоне вперед, поднятии тяжести;

2. ощущением сжатия, инородного тела в пищеводе перед приемом пищи;

3. тревогой, страхом перед едой, ипохондричностью больного;

4. спазмом пищевода с задержкой пищевой массы, неприятными ощущениями за грудиной.

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

- В) если правильны ответы 2 и 4;
 Г) если правильный ответ 4;
 Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответы на тестовые задания:

001	В	041	Д	081	В
002	Г	042	А	082	Г
003	Г	043	В	083	Д
004	Г	044	А	084	Д
005	Г	045	Д	085	Г
006	В	046	Д	086	А
007	Г	047	В	087	В
008	Г	048	Г	088	А
009	В	049	А	089	Д
010	Г	050	Б	090	Г
011	Г	051	Г	091	Г
012	Г	052	Д	092	Г
013	Г	053	Г	093	Г
014	Г	054	Д	094	Г
015	В	055	Д	095	Г
016	Г	056	Г	096	Г
017	Г	057	Д	097	Г
018	Б	058	Д	098	Г
019	Б	059	Г	099	Г
020	Д	060	А	100	Д
021	Д	061	А	101	А
022	Д	062	А	102	А
023	В	063	Д	103	А
024	Д	064	А	104	А
025	Г	065	Г	105	Б
026	В	066	Д	106	В
027	Б	067	Д	107	Б
028	Г	068	А	108	Д
029	Г	069	Д	109	А
030	Д	070	Г	110	А
031	Д	071	Г	111	Д
032	Г	072	Г	112	Д
033	В	073	Г	113	В
034	Г	074	Г	114	Д
035	Г	075	Г	115	Б
036	В	076	Г	116	В
037	В	077	Д	117	Б
038	В	078	А	118	Д
039	Д	079	Б	119	Б
040	Д	080	Д	120	В

4) Решить ситуационные задачи:

Задача1.

Пациентка М., 1913 года рождения. Активно жалоб не предъявляет.

Анамнез со слов сына: ранее к психиатру не обращалась. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в Кировской области, младшая из двух детей. Росла, развивалась нормально. В школе не училась. Работала в колхозе. Общий стаж - 40 лет. Живет у сына с 1997 года. С 2000 года снижение памяти, интеллекта. В последний год начала теряться не узнает родных, себя не обслуживает. Наблюдается у терапевта с диагнозом: церебральный

атеросклероз, ДЭ III ст. хр. бронхит.

Психический статус: спокойна, контакт малопродуктивен из-за грубых нарушений памяти и интеллекта. Не знает свой возраст, адрес, не узнает сына, не может ответить на самые простые вопросы о своей жизни, профессии. Постоянно собирает все вещи в узелки. Повседневная деятельность с помощью родных Бредовой продукции не выявлено. Иногда обманы восприятий «под полом кто-то говорит».

Установить диагноз.

Задача 2.

Пациент М., 1963 года рождения.

Из анамнеза: родился в полной семье, беременность у матери протекала с токсикозом. Родился с наложением щипцов, в асфиксии, грудь взял на 7-е сутки. Первые фразы начал произносить с года, ходить начал с 14 месяцев. В детском саду не участвовал в ролевых играх, отставал в психическом развитии, был излишне подвижен. Обучаться по общеобразовательной программе в школе № 71 г.Перми начал своевременно. В связи с неуспеваемостью переведен в коррекционную школу. Левша. В начальных классах посещал логопедические занятия. В 1971-1972 гг. дезадаптирован в школьном коллективе, раздражительно - обидчив, в классе его обижали. С 21.09.1971 года по 19.10.1971 года находился в Пермской городской психиатрической больнице с последствием родовой травмы, шизофрено-подобный синдром. После окончания 7-го класса более нигде не обучался, трудового стажа не имеет.

Физических, неврологических расстройств нет.

Психическое состояние на 1998 год: ориентировка всех видов сохранена. Контакт затруднен из-за речевых нарушений (фонетические). Суждения, осмысление, понятийные возможности, процессы анализа, синтеза, обобщения, усвоения новых абстракций ограничены конкретно-примитивным уровнем. Бреда, галлюцинаций нет. Побуждения ограничены потребительским, примитивным кругом. Эмоционально неустойчив, лабилен, отвлекаем, несдержан. Фон настроения, сон неустойчивы. Себя обслуживает ограничено, критики к болезни нет. Установить диагноз.

Задача 3.

Пациент Е., 1915 года рождения. Анамнез со слов дочери из-за языкового барьера пациента. Родился в Татарстане. Наследственность психопатологически неотягощена. Работал на железной дороге экипировщиком. В школе не обучался, неграмотен. Воевал в Финской и Великой Отечественной войне. Во время войны был контужен. После войны вновь вернулся на прежнюю работу и работал там с 1948 по 1975 год до выхода на пенсию. Был женат, имеет 5 детей. Проживал в г.Перми, жена умерла в 2004 году. С октября 2004 года проживает у дочери. Из перенесенных заболеваний: страдает глаукомой, тугоухостью. Около 9 лет назад снизилась память. Со временем мнестические расстройства нарастали. Нуждается в постоянном уходе и наблюдении.

Психический статус: контакт формальный, затруднен из-за пониженного слуха и зрения, языкового барьера. Не знает своего возраста, домашнего адреса, текущего года. Память на текущие события снижена. Расстройств восприятия, бреда нет. Настроение ровное, в поведении спокоен. Сам себя не обслуживает, нуждается в посторонней помощи, с трудом ориентируется в окружающей обстановке. Установить диагноз.

Задача 4.

Пациент П., 1988 года рождения. Жалобы на невозможности обслуживать себя. Инвалид-ребенок с рождения. Наблюдается неврологом.

Из анамнеза: из полной семьи - единственный ребенок в семье. Беременность и роды физиологические. Со слов матери с рождения отстает в развитии. В школе не обучался, себя не обслуживает.

Психическое состояние: сознание ясное, продуктивному контакту не доступен. Активность в пределах постели. Недоразвитие конечностей. Узнает родственников, может говорить «папа, мам, дай». Интеллект не развит. Сам себя не обслуживает.

Установить диагноз.

Задача 5.

Пациент П., 1962 года рождения.

Анамнез: Наследственность психопатологически неотягощена. Образование среднее. Впервые обратился к психиатру в 1999 году после стрессовой ситуации с жалобами на раздражительность, снижение памяти. Лечение проводилось амбулаторно: транквилизаторы, ноотропы, сеансы психотерапии. Соматическое состояние удовлетворительное.

Неврологический статус: без очаговой невротической симптоматики.

Психическое состояние: сознание не нарушено. Ориентирован. Контактен. Моторно спокоен. Многоречив. Вязок. Обстоятелен. Ригиден. Настроение не устойчивое, с тенденцией к снижению. Интеллектуальная деятельность в пределах нормы. Мнестические функции умеренно снижены. Бредовых идей и обманов восприятия нет.

Проводилось дополнительное исследование.

Допплерография от 09.06.99 г.

Заключение: гемодинамических нарушений в бассейне общей сонной и позвоночной артерии не обнаружено. Экспериментально-психологическое исследование от 06.09.04 г.: умеренное снижение мнестической деятельности по органическому типу.

Интеллектуальная деятельность в пределах нижней границы возрастной нормы.

Установить диагноз.

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. Диагноз: Сенильный психоз. **Задача 2.** Диагноз: Посттравматический органический синдром. **Задача 3.** Диагноз: Сосудистая деменция. **Задача 4.** Диагноз: Умственная отсталость. **Задача 5.** Диагноз: Психоорганическое расстройство.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.

2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017

2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.

4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство

7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>

8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>

9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>

10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 13. Болезни уха, горла и носа в ОВП

Тема 13.1: Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с ЛОР-патологией

Тема 13.2: Состояния/заболевания носа встречающиеся в общей врачебной практике

Тема 13.3: Состояния/заболевания уха, встречающиеся в общей врачебной практике

Тема 13.4: Состояния/заболевания горла, встречающиеся в общей врачебной практике

Тема 13.5: Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией уха, носа, горла в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с болезнями уха, горла и носа

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с болезнями уха, горла и носа в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с болезнями уха, горла и носа в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования).

1. Полное клиническое обследование пациентов с заболеваниями/ состояниями уха, горла, носа в условиях ОВП
2. Распространенность основных состояний/заболеваний уха, горла, носа в популяции и в регионе с учетом возраста и пола, обучение их выявлять, диагностировать и лечить.
3. Профилактические и реабилитационные мероприятия при наиболее часто встречающихся состояниях/заболеваниях уха, горла, носа и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Установление эффективных долгосрочных взаимоотношений с пациентами, имеющими хронические заболевания/состояния уха, горла, носа, и их семьями в условиях ОВП
5. Организация помощи пациентам с заболеваниями/состояниями уха, горла, носа наиболее эффективным образом, используя ресурсы ОВП, при необходимости привлекая специалистов

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (отоскопия, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия), освоение манипуляций (передняя тампонада носа) по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

Алгоритм выполнения практического навыка «Риноскопия у взрослого пациента»

№ п / п	Последовательность действий
I. Подготовка к исследованию	
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он его понимает, получил его согласие на исследование
2.	Оценил состояние пациента
3.	Оценил окружающую обстановку
II. Выполнение исследования	
4.	Подготовил риноскоп к работе: собрал риноскоп, проверил его работу
5.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул на расстоянии вытянутой руки, так, чтобы обе ноги врача оказались слева от ног пациента; голова пациента должна быть расположена прямо, без наклона вправо или влево, вперед или назад
6.	Начал исследование с наружного осмотра, со здоровой ноздри для сравнения его с заболевшим
7.	Удерживая ручку в горизонтальном положении Ввел воронку или сомкнутые бранши носового зеркала несколько снизу в преддверие носа (справа или слева) на глубину кожной выстилки преддверия носа (не более 5 - 6 мм от края ноздри).и, далее, развел бранши не более 1,5 – 1,8 см и развернуть растр зеркала навстречу взгляду
8.	Осмотрел передние отделы носа – запрокинул голову больного назад и произвел осмотр, соблюдая те же правила. при осмотре верхних отделов полости носа и области обонятельной щели
9.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов
III. Окончание исследования	
10	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации пациенту: после процедуры отдых в течение 2-3 минут.

Оценочный лист к практическому навыку «Отоскопия у взрослого пациента»

№ п/п	Последовательность действий
I. Подготовка к исследованию	
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он его понимает,

	получил его согласие на исследование
2.	Оценил состояние пациента
3.	Оценил окружающую обстановку
II. Выполнение исследования	
4.	Подготовил отоскоп к работе: собрал отоскоп, проверил его работу
5.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул, повернул голову пациента в удобное для исследования положение.
6.	Начал исследование со здорового уха для сравнения его с заболевшим. При осмотре правого уха ушную воронку или отоскоп ввел правой рукой в наружный слуховой проход.левой рукой, взявшись I и II пальцами за завиток ушной раковины, осторожно оттянул верхнюю часть ушной раковины назад, кнаружи и вверх. Глаз исследователя и просвет наружного слухового прохода находятся на одной плоскости. При осмотре левого уха ушную раковину оттянул правой рукой, а воронку ввел пальцами левой руки.
7.	Осмотрел наружный слуховой проход и барабанную перепонку. Дал заключение согласно протоколу отоскопического исследования
8.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов
III. Окончание исследования	
9.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации пациенту: после процедуры отдых в течение 2-3 минут.

3
Решить
ситуационные
задачи
1
)
Алгоритм
разбора
задач
С
формулируйте
предварительный
диагноз.
Выделите

синдромы. Признаки серьезного заболевания. Признаки наличия психосоциальных и др. факторов риска. Анамнез. Диффдиагноз. Ведение пациента. План обследования и ожидаемые результаты. План лечения. Прогноз.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Типичный случай

Мальчик 12 лет из неблагополучной семьи. Предъявляет жалобы на субфебрильную температуру, гнойное отделяемое из уха в течение 4-5 месяцев, тошноту. Отмечает изменения речи (гнусавость голоса), снижение слуха, плохую успеваемость в школе. В анамнезе средние отиты.

Хронический средний гнойный отит (ХСГО)

Признаки серьезного заболевания

- Перфорация барабанной перепонки;
- Постоянное или периодическое гноетечение из уха через перфорированную барабанную перепонку;
- Потеря слуха более чем на 20 дБ (нарушение восприятия низких звуковых частот до 1000 Гц.);

- Осложнения ХСГО (мастоидит, тимпаномастоидит, внутричерепная инфекция и др.);
- Персистирование ХСГО;
- Отсутствие эффекта от лечения.

Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации

- Пассивное и активное курение;
- Плохие бытовые условия (низкий уровень жизни);
- У детей плохая успеваемость в школе, нарушения сна;
- Резко сниженное качество жизни, обусловленное тяжестью заболевания.

Факторы риска

Мужской пол; дисфункция евстахиевой трубы (вследствие врожденных или приобретенных дефектов); баротравма; острый средний отит; частые инфекции верхних дыхательных путей; аллергический ринит; пассивное и активное курение; плохие бытовые условия (низкий уровень жизни).

Ведение пациента

Диагностика:

Анамнез

Необходимо обратить внимание на:

- Симптомы (их выраженность и продолжительность): боль в ухе, снижение слуха, оторрея, тошнота и рвота, отиты в анамнезе, головокружения и/или случаи падения, изменения речи;
- Факторы риска, индикаторы серьезного заболевания, психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации.

Физикальное исследование

- Лихорадка;
- Перфорация, изменение цвета барабанной перепонки;
- Гноетечение из уха через перфорированную барабанную перепонку.

Инструментальные исследования

Исследования барабанной перепонки при помощи отоскопии или пневматической отоскопии (лучший диагностический метод, но в ОВП обычно не используется) позволяют выявить следующие симптомы ХСГО: эритема, выпячивание, потемнение, истончение, зернистость, ретракция, снижение подвижности, перфорация и истечение гноя. Указанные процедуры могут проводиться СВ, однако чувствительность и специфичность этих диагностических методов значительно повышается при проведении указанных процедур специалистом.

Вспомогательные тесты: Тимпанометрия – надежный тест для определения высокого давления и патологического содержимого в среднем ухе; аудиометрия показана пациентам, у которых предполагается снижение слуха.

Лечение

Все лица с подозрением на ХСГО должны быть направлены на консультацию к специалисту (ЛОР).

Основные вмешательства, осуществляемые СВ:

Туалет слухового прохода и среднего уха (дренирование, назначение антисептиков в полость среднего уха – борная кислота, перекись водорода);

Местное применение антибиотиков хинолонового ряда – офлоксацин, цiproфлоксацин (инстилляций в полость среднего уха);

Продолжительность консервативного лечения 3-4 недели. После окончания терапии рекомендуется наблюдение пациента в амбулаторных условиях в течение 3 месяцев, по окончании этого периода необходимо проведение аудиометрии. Повторное направление к специалисту показано в случае персистирования ХСГО или ухудшения состояния (снижение слуха, нарастание симптомов).

Если присутствуют психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации:

Симптоматическая терапия – обезболивающие препараты;

Улучшение жилищных условий и качества питания;

Отказ от курения и нахождения в местах, где находятся курильщики.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. У больной хроническим эпитимпанитом внезапно после мытья в душе стали появляться головокружения. Обследование у невролога не показало неврологической патологии. Наиболее вероятная причина головокружений?

- а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита;
- б) абсцесс головного мозга;
- в) холестеатома.

Задача 2. У больного М., 45 лет, после употребления алкоголя возникла выраженная дисфагия (непроходимость твердой пищи), тупая боль за грудиной. При непрямой ларингоскопии - слюна в грушевидных синусах. Ваш диагноз?

- а) стенокардия;
- б) инородное тело пищевода;
- в) инородное тело гортани;
- г) ожог гортани.

Задача 3. Ребенок, 1 год. Со слов матери - вчера весь вечер был беспокоен, кричал, температура была 37,5° С. Сегодня утром ребенок спокоен, на подушке - пятно гноя. Немного гноя также обнаружено в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка просматривается очень

плохо. Ваш диагноз?

- а) экссудативный отит;
- б) острый гнойный средний отит;
- в) хронический средний отит;
- г) наружный отит.

Задача 4. Пожилой мужчина, 68 лет, обратился с жалобами на периодическую заложенность в левом ухе после принятия душа. В анамнезе - хронический средний отит, мезотимпанит. При осмотре - левый наружный слуховой проход практически перекрыт серной пробкой. Ваши действия?

- а) вымыть серную пробку;
- б) удалить серную пробку крючком;
- в) оставить все, как есть;
- г) назначить масляные капли в ухо.

Задача 5. Молодой мужчина, 32 лет, обратился с жалобой на сильное носовое кровотечение. С его слов - носовые кровотечения случаются примерно раз в 2-3 месяца, останавливает самостоятельно. При осмотре - искривление носовой перегородки в виде выроста-«шипа». Слизистая на нем атрофирована, покрыта корочками, в одном месте - умеренно кровоточит. Что показано больному после остановки кровотечения?

- а) постоянный прием викасола и препаратов железа;
- б) сосудосуживающие капли в нос;
- в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Ответы на задачи

Задача 1. а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита.

Задача 2. б) инородное тело пищевода.

Задача 3. б) острый гнойный средний отит.

Задача 4. б) удалить серную пробку крючком.

Задача 5. в) подслизистая резекция носовой перегородки.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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:
 1. Функции носа.
 2. Особенности строения слизистой оболочки носа.
 3. Передняя и задняя группы околоносовых пазух: что в себя включают, выводные отверстия.
 4. Что входит в понятие «среднее ухо»?

5. Система усиления звука в человеческом ухе.
6. Строение улитки.
7. Функции полукружных каналов.
8. Как сообщаются глотка и среднее ухо?
9. Лимфаденоидное глоточное кольцо: что в себя включает, функции
10. Рефлекторные зоны глотки и гортани.
11. Что такое нистагм и как определить его направление?
12. Камертональные пробы.
13. Противопоказания к исследованию вестибулярного анализатора в кресле Барани, альтернативное исследование.
14. Методика исследования слуха разговорной и шепотной речью.
15. Составление слухового паспорта.
16. Дифференциальная диагностика лабиринтных и мозжечковых нарушений.
17. Показания к задней риноскопии.
18. Исследование обонятельной функции носа.
19. Как обследовать аденоид?
20. Что можно увидеть при непрямой ларингоскопии?
21. Группы препаратов, используемые для лечения острого ринита.
22. Виды хронических ринитов, принципиальные различия в терапии.
23. Методы остановки носовых кровотечений.
24. Принципы лечения острых синуситов.
25. Грибковое поражение наружного слухового прохода.
26. Инородные тела наружного слухового прохода.
27. Тактика при остром гнойном среднем отите.
28. Осложнения хронического среднего отита.
29. Лабиринтная атака - определение, тактика.
30. Дифференциальная диагностика нейросенсорной и кондуктивной тугоухости.
31. Причины острого лабиринтита.
32. Диагностика и лечение ангины.
33. Признаки хронического тонзиллита.
34. Принципы лечения хронического тонзиллита.
35. Неотложная помощь при стенозе гортани.
36. Дифференциальная диагностика острого подскладочного ларингита и ложного крупа.
37. Инородные тела гортани и пищевода: диагностика, тактика.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

01. Для острого ринита характерны следующие симптомы:
 - а) слизистые выделения из носовых ходов;
 - б) затруднение носового дыхания;
 - в) значительное снижение обоняния;
 - г) повышение температуры до 39-40°C;
 - д) кашель.
02. При лечении острого ринита рекомендуется применять:
 - а) сосудосуживающие капли в носовые ходы;
 - б) антибиотикотерапию;
 - в) физиотерапевтическое лечение;
 - г) мазь «Сунареф» в носовые ходы.
03. Синонимами поллиноза являются:
 - а) сенная лихорадка;
 - б) сезонный аллергический ринит;
 - в) озена.
04. Причиной возникновения поллиноза является:
 - а) пыльца цветущих растений (трав, цветов, деревьев);
 - б) вирусы;
 - в) грибки

05. К симптомам поллиноза относятся:
- а) обильные водянистые выделения из носовых ходов;
 - б) частое многократное чихание;
 - в) сопутствующие аллергические конъюнктивиты;
 - г) гнойные выделения из носовых ходов;
 - д) повышение температуры до 38-40°C.
06. Для лечения поллиноза используют:
- а) антигистаминные препараты;
 - б) гормональные препараты;
 - в) препараты, блокирующие выброс гистамина тучными клетками (интал);
 - г) антибиотики;
 - д) сульфаниламидные препараты.
07. Эозинофилия крови характерна:
- а) для аллергических ринитов;
 - б) для острых гнойных гайморитов.
08. Больному поллинозом показано проведение курса специфической гипосенсибилизации пыльцевыми аллергенами:
- а) за 1 – 3 месяца до начала цветения растений;
 - б) во время цветения растений;
 - в) сразу же после окончания периода цветения растений.
09. При острых гайморитах инфекция может проникать в верхнечелюстные пазухи:
- а) через естественные соустья;
 - б) гематогенным путем;
 - в) через кариозно измененные корни 4, 5, 6-го и 7-го зубов верхней челюсти.
10. Предрасполагающими факторами к возникновению острых синуситов являются:
- а) наличие инфекции в носовых ходах;
 - б) нарушение дренажной и вентиляционной функции естественных соустьев околоносовых пазух;
 - в) снижение общей резистентности организма.
11. При наличии рентгенологически подтвержденного уровня жидкости в верхнечелюстной пазухе необходимо:
- а) в обязательном порядке произвести пункцию верхнечелюстной пазухи;
 - б) назначить физиотерапевтическое лечение острого гайморита, не производя пункцию верхнечелюстной пазухи.
12. При возникновении одонтогенного гайморита необходимо:
- а) удалить причинный кариозный зуб, а затем начать лечение гайморита;
 - б) закончить лечение гайморита, а затем удалить причинный кариозный зуб.
13. К симптомам острого гайморита относятся:
- а) головные боли в лобной области, усиливающиеся при наклоне головы книзу;
 - б) гнойные выделения из носовых ходов;
 - в) болезненность при пальпации верхней челюсти;
 - г) кашель.
14. Комплексное лечение острого гнойного гайморита включает:
- а) пункцию верхнечелюстной пазухи, ее промывание раствором фурацилина, введение в пазуху антибиотика;
 - б) общую антибактериальную терапию (антибиотики, сульфаниламиды);
 - в) назначение сосудосуживающих капель и мазей в носовые ходы (разгрузочная терапия);
 - г) физиотерапия (после эвакуации гноя из пазухи);
 - д) назначение мочегонных препаратов.
15. Женщина, 35 лет, обратилась с жалобами на головные боли в лобной области справа, усиливающиеся при наклоне головы книзу, ощущение тяжести и боли в области правой гайморовой пазухи, гнойные выделения из правого носового хода, повышение температуры до 38-39°C, ухудшение общего самочувствия. Жалобы появились два дня назад, до этого в течение недели больную беспокоили явления острого насморка: слизистые выделения из носовых ходов, заложенность носа.
- Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) острый гнойный правосторонний синусит;
 - б) вазомоторный ринит;
 - в) хронический полипозный синусит.
16. К симптомам острого фарингита относятся:
- а) боли в горле;
 - б) гиперемия задней стенки глотки;
 - в) повышение температуры до 39 - 40°C.
17. К симптомам острого ларингита относятся:
- а) сухой кашель;
 - б) охриплость голоса, афония;
 - в) головные боли.
18. Каков характер кашля при остром ларингите:
- а) сухой, болезненный, практически без мокроты;
 - б) влажный, с большим количеством мокроты.
19. Каково типичное общее состояние при остром фарингите:
- а) больной страдает мало;
 - б) состояние больного крайне тяжелое.
20. При лечении острых фарингитов применяют:
- а) полоскания глотки настоями и отварами трав;
 - б) щелочные полоскания глотки;
 - в) орошение (пульверизация) глотки ингалиптом или аналогичными препаратами;
 - г) общую антибиотикотерапию;
 - д) общую гормональную терапию;
 - е) УВЧ глотки.
21. При лечении острых ларингитов наиболее целесообразно применение:
- а) ингаляций;
 - б) полосканий.
22. Среди разнообразных возможных микробных возбудителей ангины в большинстве случаев основная этиологическая роль принадлежит:
- а) β -гемолитическому стрептококку группы А;
 - б) аденовирусам;
 - в) пневмококкам.
23. При лакунарной ангине:
- а) налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки;
 - б) налеты и пленки переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек;
 - в) налеты легко снимаются с поверхности миндалин;
 - г) пленки с трудом отделяются от поверхности миндалин, оставляя эрозивные поверхности.
24. При дифтерии:
- а) налеты не переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку глотки;
 - б) налеты и пленки переходят с поверхности миндалин на слизистую оболочку небных дужек;
 - в) налеты легко снимаются с поверхности миндалин;
 - г) пленки с трудом отделяются от поверхности миндалин, оставляя эрозивные поверхности.
25. Лакунарная ангина:
- а) является контагиозным заболеванием и требует соответствующих мер профилактики (изоляция больного, отдельная посуда и т.д.);
 - б) не является контагиозным заболеванием и никогда не передается от больного к здоровому воздушно-капельным или контактным путем.
26. Больной с тяжелой формой лакунарной ангины в случае необходимости должен быть госпитализирован:
- а) в терапевтическое отделение;
 - б) в хирургическое отделение;
 - в) в оториноларингологическое отделение;
 - г) в инфекционное отделение.
27. Сочетание каких методов лечения наиболее эффективно для лечения фолликулярной и лакунарной ангины?
- а) антибактериальная терапия (антибиотики и сульфаниламиды)

- б) гормональная терапия;
 - в) полоскания теплыми антисептическими, щелочными растворами и настоями ромашки, календулы, эвкалипта;
 - г) согревающие компрессы на подчелюстную область;
 - д) физиотерапевтическое лечение;
 - е) операция тонзиллэктомии.
28. К симптомам перитонзиллярного абсцесса относятся:
- а) повышение температуры до 38-40°C;
 - б) затруднение открывания рта;
 - в) боли в горле преимущественно на стороне поражения;
 - г) значительная инфильтрация перитонзиллярной клетчатки и гиперемия слизистой на стороне поражения;
 - д) увеличение подчелюстных лимфоузлов преимущественно на стороне поражения;
 - е) кашель;
 - ж) насморк.
29. Сочетание каких методов лечения наиболее эффективно при лечении перитонзиллярного абсцесса?
- а) вскрытие перитонзиллярного абсцесса;
 - б) антибактериальная терапия;
 - в) щелочные полоскания;
 - г) физиотерапевтическое лечение (УВЧ);
 - д) гормональная терапия.
30. При наличии симптома флюктуации вскрывать перитонзиллярный абсцесс:
- а) не обязательно;
 - б) обязательно сразу при обращении больного;
 - в) через 5-7 дней после появления флюктуации.
31. Перечислите признаки декомпенсированной формы хронического тонзиллита
- а) частые ангины (чаще 2 раз в год);
 - б) перитонзиллярные абсцессы в анамнезе;
 - в) аутоиммунные заболевания (гломерулонефрит, ревматизм);
 - г) тонзиллокардиальный синдром;
 - д) хроническая тонзиллогенная интоксикация;
 - е) сахарный диабет;
 - ж) хронический колит.
32. При декомпенсированной форме хронического тонзиллита операция тонзиллэктомии:
- а) настоятельно рекомендована;
 - б) нецелесообразна.
33. Больной, 35 лет, обратился с жалобами на частые (2-3 раза в год) ангины. В анамнезе - 4 правосторонних перитонзиллярных абсцесса, последние два года беспокоят боли в области сердца, суставов, в осенне-зимний период - слабость, разбитость, быстрая утомляемость, длительные (по 3-4 недели) периоды субфебрильной температуры.
- Объективно: подчелюстные узлы справа и слева плотные, увеличенные, умеренно болезненные, миндалины рыхлые, увеличенные, в лакунах - казеозные пробки. Укажите наиболее вероятный диагноз:
- а) хронический тонзиллит;
 - б) острый фарингит;
 - в) рак гортани.
34. Для полипоза носа характерны следующие симптомы:
- а) нарушение носового дыхания;
 - б) слизисто-водянистые выделения из носовых ходов;
 - в) нарушение обоняния;
 - г) сухой кашель;
 - д) увеличение подчелюстных лимфоузлов.
35. После операции полипотомии носа:
- а) практически никогда не бывает рецидивов;
 - б) весьма вероятно повторное появление полипов в носовых ходах через 2-3 года.

36. Полипоз носа нередко сочетается:
- а) с бронхиальной астмой;
 - б) с язвой желудка;
 - в) со стенокардией.
37. Синдром аспириновой триады включает следующие три признака:
- а) полипозный риносинусит;
 - б) непереносимость аспирина и анальгина;
 - в) бронхиальную астму;
 - г) гипертоническую болезнь;
 - д) хронический гломерулонефрит.
38. Среди злокачественных опухолей ЛОР-органов наиболее часто встречается:
- а) рак гортани;
 - б) рак уха;
 - в) злокачественная опухоль носа.
39. К ранним симптомам рака гортани относятся:
- а) охриплость голоса;
 - б) кашель, першение;
 - в) неприятные ощущения при глотании;
 - г) головные боли;
 - д) головокружение.
40. Больной, 53 лет, обратился с жалобами на охриплость голоса, кашель, першение, неприятные ощущения при глотании. Данные жалобы беспокоят больного в течение полугода, последние полтора месяца отмечает затруднение дыхания, появление одышки.
- Объективно: в области правой голосовой связки - разрастание типа «цветной капусты», переходящее на надгортанник, надчелюстные и шейные лимфоузлы не изменены. Скажите наиболее вероятный диагноз:
- а) хронический ларингит;
 - б) рак гортани;
 - в) острый ларинготрахеит.
41. Укажите возможные пути попадания инфекции в барабанную полость:
- а) тубогенный (через евстахиеву трубу);
 - б) гематогенный;
 - в) травматический (через разрыв барабанной перепонки);
 - г) алиментарный.
42. Какие антибиотики нельзя применять при лечении острых средних отитов вследствие их ототоксичности?
- а) стрептомицин;
 - б) пенициллин;
 - в) гентамицин;
 - г) канамицин.
43. Круглые инородные тела из полости носа (бусинки, вишневые косточки) следует удалять:
- а) крючком;
 - б) пинцетом;
 - в) корнцангом.
44. Какие манипуляции целесообразно выполнить перед удалением инородного тела из носовых ходов ребенка?
- а) плотно фиксировать ребенка;
 - б) закапать в носовые ходы сосудосуживающие капли;
 - в) закапать в носовые ходы 1% раствор дикаина;
 - г) провести курс физиотерапии.
45. Какими методами можно удалять твердые круглые инородные тела из слухового прохода?
- а) крючком;
 - б) пинцетом;
 - в) корнцангом;
 - г) вымыванием струей теплой воды.
46. Перед удалением живого инородного тела (насекомое) из наружного слухового прохода

целесообразно предварительно закапать в ухо масло, спирт или перекись водорода, чтобы обездвижить данное насекомое:

- а) правильно;
- б) неправильно.

47. Температура жидкости при вымывании серной пробки должна быть:

- а) предельно горячей;
- б) предельно холодной;
- в) равной температуре тела.

48. Больной, 50 лет, после ванны внезапно почувствовал резкое снижение слуха на правое и левое ухо. Повышения температуры, болей, головокружения не отмечал.

Объективно: правый и левый слуховой проходы плотно obturated массами темно-коричневого цвета. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- а) серная пробка;
- б) острый средний гнойный отит;
- в) наружный отит.

49. Причинами нейросенсорной тугоухости могут быть:

- а) вирусное поражение кортиева органа;
- б) стафилококковое воспаление среднего уха;
- в) стрептококковое воспаление среднего уха;
- г) поражение среднего уха ототоксическими антибиотиками.

50. Для поллиноза наиболее характерно сочетание с лекарственной аллергией к:

1. аспирину и пиразолоновым производным;
2. сульфаниламидным препаратам;
3. препаратам фенотиазинового ряда;
4. лекарствам растительного происхождения.

А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) - если правильны ответы 1 и 3;

В) - если правильны ответы 2 и 4;

Г) - если правильный ответ 4;

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

51. При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:

А) молоку и молочным продуктам;

Б) мясу птицы;

В) рыбе;

Г) меду;

Д) шоколаду.

Ответы на тестовые задания:

001	АБВ	018	А	035	АБ
002	АВГ	019	А	036	А
003	АБ	020	АБВЕ	037	АБВ
004	А	021	А	038	А
005	АБВ	022	А	039	АБВ
006	АБВ	023	АВ	040	Б
007	А	024	БГ	041	АБВ
008	А	025	А	042	АВГ
009	АБВ	026	Г	043	А
010	АБВ	027	АВГД	044	АБВ
011	А	028	АБВГД	045	АГ
012	А	029	АБВГ	046	А
013	АБВ	030	Б	047	В
014	АБВГ	031	АБВГД	048	А
015	А	032	А	049	АГ
016	АБ	033	А	050	Г
017	АБ	034	АБВ	051	Г

4) Выполнить решение ситуационных задач

Задача 1. У больной хроническим эпитимпанитом внезапно после мытья в душе стали появляться головокружения. Обследование у невролога не показало неврологической патологии. Наиболее вероятная причина головокружений?

- а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита;
- б) абсцесс головного мозга;
- в) холестеатома.

Задача 2. У больного М., 45 лет, после употребления алкоголя возникла выраженная дисфагия (непроходимость твердой пищи), тупая боль за грудиной. При непрямой ларингоскопии - слюна в грушевидных синусах. Ваш диагноз?

- а) стенокардия;
- б) инородное тело пищевода;
- в) инородное тело гортани;
- г) ожог гортани.

Задача 3. Ребенок, 1 год. Со слов матери - вчера весь вечер был беспокоен, кричал, температура была 37,5° С. Сегодня утром ребенок спокоен, на подушке - пятно гноя. Немного гноя также обнаружено в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка просматривается очень плохо. Ваш диагноз?

- а) экссудативный отит;
- б) острый гнойный средний отит;
- в) хронический средний отит;
- г) наружный отит.

Задача 4. Пожилой мужчина, 68 лет, обратился с жалобами на периодическую заложенность в левом ухе после принятия душа. В анамнезе - хронический средний отит, мезотимпанит. При осмотре - левый наружный слуховой проход практически перекрыт серной пробкой. Ваши действия?

- а) вымыть серную пробку;
- б) удалить серную пробку крючком;
- в) оставить все, как есть;
- г) назначить масляные капли в ухо.

Задача 5. Молодой мужчина, 32 лет, обратился с жалобой на сильное носовое кровотечение. С его слов - носовые кровотечения случаются примерно раз в 2-3 месяца, останавливает самостоятельно. При осмотре - искривление носовой перегородки в виде выроста-«шипа». Слизистая на нем атрофирована, покрыта корочками, в одном месте - умеренно кровоточит. Что показано больному после остановки кровотечения?

- а) постоянный прием викасола и препаратов железа;
- б) сосудосуживающие капли в нос;
- в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Ответы на задачи

Задача 1. а) разрушение внутренней стенки среднего уха с развитием лабиринтита.

Задача 2. б) инородное тело пищевода.

Задача 3. б) острый гнойный средний отит.

Задача 4. б) удалить серную пробку крючком.

Задача 5. в) подслизистая резекция носовой перегородки.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю.

Гэотар, 2017.<http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>

3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.

4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>

5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>

6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство

7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>

8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>

9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетьева Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>

10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>

11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>

12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 14. Болезни глаз в ОВП

Тема 14.1: Организация рабочего места ВОП/СВ при оказании помощи пациентам с патологией глаза

Тема 14.2: Нарушения рефракции

Тема 14.3: Красный глаз в общей врачебной практике

Тема 14.4: Белый глаз в общей врачебной практике

Тема 14.5: Поражения глаз, связанные с заболеваниями/состояниями других органов и систем, а также с воздействием лекарственных средств, токсинов и профессиональных вредностей

Тема 14.6: Неотложная помощь при острых состояниях, связанных с патологией глаза и придаточного аппарата в общей врачебной практике

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с болезнями глаз

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с болезнями глаз в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с болезнями глаз в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования).

1. Особенности сбора жалоб и анамнеза, самая частая причина, наиболее опасные заболевания, источники неверного диагноза.
2. Осмотр глаза. Инструментальное обследование: острота зрения, офтальмоскопия, осмотр глаза со щелевой лампой, исследование зрачков, измерение внутриглазного давления. Работа с больными, работа в малых группах.
3. Покраснение глаз у детей: бактериальные и вирусные конъюнктивиты новорожденных (хламидиозные, гонококковые). Непроходимость носослезного протока.
4. Покраснение глаз у пожилых: острые бактериальные и вирусные конъюнктивиты. Аллергический конъюнктивит. Субконъюнктивальное кровоизлияние.
5. Эписклерит и склерит. Увеит. Катаракта.
6. Глаукома, группы риска. Профилактика. Приступ глаукомы.
7. Заболевания век и слезного аппарата: ячмень, халазион, блефарит, дакриоцистит, флегмона глазницы.
8. Опоясывающий лишай. Пингвекула и птеригий. Тактика ВОП. ПМП. Роль МСОП. Случаи, требующие консультации окулиста и других специалистов.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (оценка зрения, подбор очков, измерение внутриглазного давления, офтальмоскопия), по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.*

Алгоритм выполнения практического навыка

«Исследование остроты зрения с помощью визометрических таблиц»

№	Последовательность действий
п	

/	
п	
I. Подготовка к исследованию	
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование
2.	Оценил состояние пациента
3.	Оценил окружающую обстановку
II. Выполнение исследования	
4.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул на расстоянии 5 м от таблицы, попросил фиксировать взгляд по просьбе врача, во время исследования не прищуривать глаза
5.	Во время исследования оба глаза должны быть открыты. Глаз, который в данный момент не исследуется, заслоняют щитком. Проводят исследование сначала правого (OD), затем левого (OS) глаза. На знак таблицы указывают в течение 2–3 секунд. Следят за тем, чтобы указка не мешала пациенту читать знаки.
6.	Остроту зрения оценил по тому ряду, где были правильно названы все знаки. Допускается неправильное распознавание одного знака в рядах, соответствующих остроте зрения 0,3-0,6, и двух знаков в рядах 0,7-1,0, но тогда после записи остроты зрения в скобках указывают, что она неполная.
7.	Записал данные остроты зрения: Visus OD = ...; Visus OS = ...
8.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов
III. Окончание исследования	
9.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации: после процедуры отдых 2-3 минуты.

Алгоритм практического навыка «Подбор очков»

№	Последовательность действий
п	
/	
п	
I. Подготовка к исследованию	
1.	Объяснил пациенту ход процедуры, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на процедуру
2.	Оценил состояние пациента
3.	Оценил окружающую обстановку
II. Выполнение исследования	
4.	Подготовил больного к процедуре: посадил на стул на расстоянии 5 м от таблицы для проверки остроты зрения.
5.	Надел пробную оправу на пациента, перед левым глазом в оправу поместил заслонку. Перед исследуемым глазом поочередно помещал сферические линзы, вначале слабую положительную (+0,5), затем слабую отрицательную (-0,5), каждый раз спрашивал пациента об улучшении(ухудшении) зрения.
6.	Если пациент отметил улучшение зрения от приставления одной из линз, то силу линзы увеличивал на 0,5 D, до того момента, когда пациент прочел 10-ю строку таблицы Сивцева (что соответствует остроте зрения 1,0), либо до того момента, когда последующая линза дала остроту зрения ниже, чем предыдущая.
7.	Записал ход исследования: Стекло, дптр Острота зрения + (-) 0,5 D + (-) 1,0 D
8.	Записал результат определения рефракции. Замерил расстояние между центрами зрачков.

9.	Провел пробное ношение очков
10	Выписал рецепт на очки
11	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов
III. Окончание исследования	
12	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации: после процедуры
	отдых 2-3 минуты.

**Алгоритм практического навыка
«Офтальмоскопия прямая без расширения зрачка (исследование глазного дна)»**

№ п / п	Последовательность действий
I. Подготовка к исследованию	
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование
2.	Оценил состояние пациента
3.	Оценил окружающую обстановку
II. Выполнение исследования	
4.	Проверил безопасность выполнения исследования: собрал офтальмоскоп, проверил его работу.
5.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул, попросил фиксировать взгляд по просьбе врача
6.	Придвинулся как можно ближе к глазу больного и смотрит через зрачок. Врач приближает офтальмоскоп к глазу пациента и направляет в него пучок света с расстояния 0,5-2 см для получения чёткого изображения картины глазного дна. Расстояние при прямой офтальмоскопии между исследуемым глазом и офтальмоскопом должно быть 0,5-2 см, но не более 4 см
7.	Правый глаз больного осмотрел правым глазом, левый – левым
8.	Провел осмотр глазного дна в определенной последовательности и описал словами: диск зрительного нерва, далее — область желтого пятна (макулярную область), а затем — периферические отделы сетчатки.
9.	Дал пояснения о полученных данных исследования глазного дна пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов
III. Окончание исследования	
10.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации пациенту: после процедуры отдых в течение 2-3 минут.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:* Предварительный диагноз, ведущий синдром/симптом, признаки наличия серьезных проблем и наличия психосоциальных факторов риска. Дифдиагноз. Оценить симптомы и их длительность. План ведения пациента. Тактика сбора анамнез, проведения осмотра. Тактика при наличии серьезных проблем, неотложная помощь. Организация ведения пациента в ОВП, характеристика этиопатогенетических и симптоматических методов лечения, профилактика, реабилитация.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

1. На прием к врачу общей практики обратилась женщина 40 лет с жалобами на зуд, раздражение и отек век. Тактика ведения пациента врачом общей практики. Диагностический поиск.

Предварительный диагноз: Синдром красного глаза, конъюнктивит

Симптомы

Покраснение глаз, отделяемое, зуд, боль, светобоязнь, нарушение зрения, один или два глаза вовлечены в процесс.

Признаки наличия серьезных проблем

- Умеренная или сильная боль в области глаза
- Экзофтальм
- Перикорнеальная инъекция
- Снижение остроты зрения
- Гнойное отделяемое
- Отсутствие ответа на терапию

- Резкая гиперемия и отек век
- Повторные эпизоды конъюнктивита
- Герпес
- Механическая, химическая травмы, ультрафиолетовое поражение
- Новорожденный

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

- Аллергические реакции
- Неблагоприятные социально – гигиенические условия
- Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП) – причина конъюнктивита (гонококк, хламидии)
- Инфекционный конъюнктивит, вызванный ЗППП среди детей
- Красный глаз как признак системной болезни
- ВИЧ и другие иммунодефицитные состояния
- Курение, профессиональные вредности, путешественники

Ведение пациента

Анамнез

Оценить симптомы и их длительность

Осмотр

Наружный осмотр глаз и микроскопия, измерение внутриглазного давления

Диагностические тесты – мазки на культуру

Биопсия проводится в случаях, когда конъюнктивит не поддается лечению для исключения неоплазмы.

При признаках серьезных проблем

Срочная консультация специалиста офтальмолога, в большинстве случаев лечение возможно в амбулаторных условиях. Госпитализация обычно необходима, если планируется хирургическое вмешательство.

При отсутствии признаков серьезных проблем

Антибиотики должны применяться местно при бактериальном воспалении. Ахромидин, Окуфлекс, Тобрекс применяются каждые 2 – 4 часа. Курс лечения 5 – 7 – 14 дней, в зависимости от процесса выздоровления. 5–7-дневный курс антибиотиками широкого спектра действия более эффективен. Если вовлечены в процесс веки – обрабатывают теплым влажным тампоном, чтобы смягчить сухое отделяемое, перед использованием антибиотиков. Создавать дренаж при ячмене или халязионе, влажным компрессом (в дополнение к лечению антибиотиками), в случае неэффективного консервативного лечения используют хирургический надрез.

Если причиной красного глаза является хламидия или гонококк – необходима системная терапия.

Инфекции аденовирусами или вирусами Коксаки лечатся симптоматически, не требуют специального лечения

Конъюнктивиты в сочетании с инфекционным мононуклеозом, гриппом, болезнью Лайма, лихорадкой кошачьей царапины, эпидемиологическим паротитом, краснухой, фарингоконъюнктивальной лихорадкой и связанные с применением вирусных вакцин лечат искусственной слезой, холодным компрессом, антигистаминными препаратами, специального лечения не требуют.

Лечение кортикостероидами сомнительно (т.к. может явиться причиной распространения вируса). Пациенты, применяющие кортикостероиды, должны быть проинструктированы о распространении вируса в течение 2 недель.

Аллергический дерматит или конъюнктивит:

- Вазоконстрикторы и антигистаминные. Комбинация Антазолина и Нафазолина (Naphcon – А) более эффективна.
- Стабилизаторы тучных клеток. Лодоксамид 0,1%(Alomide) или кромолин 4% (Кролом) эффективны в лечении в острый период.
- Нестероидные и противовоспалительные. Кеторолак 0,5% (Acular) или Диклофенак (Вольтарен) могут быть эффективными
- Кортикостероиды. Преднизолон, метризон, дексаметазон или флуорометолон 2 – 4 раза в день наиболее эффективны.

При наличии психосоциальных факторов риска

Пациенты должны быть информированы о путях передачи: через руки, сексуальный контакт, полотенца и внешних воздействиях (курение, промышленный дым)

Пациенты с аллергическими реакциями должны избегать контакта с аллергенами
Если заболевание связано с ЗППП, лечение должно проводиться и у полового партнера
Врач должен быть настороженным в отношении ЗППП у детей
Пациенты с системными заболеваниями (сахарный диабет, гипотиреоз и т.д.) или ВИЧ и другие иммунодефицитные состояния, должны быть консультированы специалистами.

2. Мужчина 32 лет с жалобами на светобоязнь, слезотечение, болезненность глазного яблока, ощущение инородного тела обратился на прием к врачу общей практики.

Предварительный диагноз: Травма глаза.

Симптомы

Слезотечение, блефароспазм, светобоязнь, боль

Признаки наличия серьезных проблем

- проникающее ранение роговицы, склеры
- инородные тела внутри глазного яблока
- прободение глазного яблока
- воздействие химических веществ, щелочей, кислот, горячих жидкостей
- контузия глазного яблока
- ожог век и конъюнктивы 3-4 степени
- ожог глазного яблока со значительным помутнением роговицы
- сквозная рана фиброзной оболочки глаза

Признаки наличия психосоциальных факторов риска

Работа, связанная с испарениями едких веществ, образованием быстро движущихся фрагментов (рубка, дробление, сварка) или излучением интенсивного света, в том числе в ультрафиолетовом диапазоне.

Ведение пациента

Анамнез

Установить механизм возникновения травмы

Осмотр

Офтальмологический осмотр: положение глаза в орбите и его движения, состояние оптических сред и глазного дна; измерить внутриглазное давление; исследовать остроту зрения; использовать 2% раствор флюоресцеина для выявления дефектов эпителия роговицы

При наличии признаков серьезных проблем

Срочная консультация специалиста и госпитализация

На догоспитальном этапе необходимо:

- наложить на пострадавший глаз легкую повязку
- ввести антибиотик широкого спектра действия
- профилактика столбняка
- обезболивание

При отсутствии признаков серьезных проблем

При ранениях глаза и окружающих тканей ввести противостолбнячную сыворотку.

При эрозии роговицы – ввести 0,25% р-р дикаина однократно субконъюнктивально, 20% р-р сульфацил – натрия или 1% левомецитиновая глазная мазь местно, наложить повязку на поврежденный глаз.

Инородное тело на конъюнктиве – удалить инородное тело, субконъюнктивально 0,25% р-р левомицетина, лечение 4 дня.

Гифема – постельный режим, наложение повязки на поврежденный глаз и консультация специалиста

При периорбитальных контузиях – компресс со льдом, постельный режим, если повышено внутриглазное давление – 0,5% р-р тимолола.

При ожогах 1–2 степени – вводят противостолбнячную сыворотку (1500 – 3000МЕ), кожу вокруг поврежденных участков век обрабатывают 70% спиртом, пузыри вскрывают и наносят дезинфицирующую мазь.

При воздействии щелочей конъюнктивальную полость промывают физиологическим раствором или водой непрерывно 15 минут, консультация специалиста.

При наличии признаков психосоциальных факторов риска

- информировать пациента о соблюдении правил техники безопасности на рабочем месте
- использование световых фильтров в работе с ультрафиолетовым и инфракрасным излучением

· информировать о приемах первой помощи при травмах глаза.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной, 33 лет, утром обнаружил, что веки на обоих глазах отекли, склеились, глаза резко покраснели. При осмотре: веки обоих глаз отечны, в конъюнктивальном мешке обильное гнойное отделяемое. Резко выраженная конъюнктивальная инъекция глазного яблока, конъюнктивка век отечна, гиперемирована, оптические среды прозрачны, глазное дно в норме. Тактика ВОП?

Задача 2

Пациент предъявляет жалобы на возникшее 3 дня назад покраснение и припухлость в наружной половине верхнего века правого глаза, боли в той же области, повышение температуры тела. При осмотре: S-образная форма глазной щели, отек конъюнктивы глазного яблока в наружной половине, подвижность глаза слегка ограничена кверху кнаружи, околоушные лимфоузлы справа увеличены и болезненны. Тактика ВОП?

Задача 3.

Женщина, 45 лет, два дня назад во время покупки ели к Новому году уколола глаз ее веточкой. Обратилась с жалобами на светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, боль в глазу. При осмотре: выраженная смешанная инъекция глазного яблока, в роговице желтый инфильтрат, гипопион 3мм, зрачок 2,5мм, на свет реагирует очень вяло, глубокие оптические среды прозрачны, острота зрения 0,1. Тактика ВОП?

Задача 4.

Больной, 64 лет, в течение 2 лет отмечает постепенное снижение зрения на обоих глазах, 3 месяца не различает предметы обоими глазами, глаза не краснели, не болели. При осмотре: в переднем отделе глаз патологии нет, внутриглазное давление обоих глаз 20 мм.рт.ст., область зрачков серого цвета, при офтальмологическом просвечивании - рефлекса с глазного дна нет. Острота зрения: правого глаза - светоощущение с правильной проекцией, левого глаза - движение руки у лица. Тактика ВОП?

Задача 5.

Токарь во время работы на станке с металлом получил ранение глазного яблока. При осмотре - острота зрения поврежденного глаза 0,01, не корректируется, на роговице - линейное помутнение (рана с адаптированными краями), в радужке виден небольшой дефект ткани, в проходящем свете - розовое свечение только по периферии. Тактика ВОП?

Ответы на ситуационные задачи

Задача 1. У больного острый гнойный конъюнктивит. Лечение:

-раствор сульфацил-натрия 20%-ный закапывать в конъюнктивальный мешок каждые 2 часа в течение дня (6-8 раз в день),

-перед закапыванием промывать конъюнктивальный мешок антисептиком (раствор фурацилина либо слабый раствор перманганата калия 1:5 000 для механического удаления отделяемого),

- утром и на ночь закладывать за нижнее веко левомецетиновую глазную мазь (1%) после закапывания.

Провести беседу о необходимости соблюдения правил личной гигиены (отдельное полотенце и постельное белье), о нежелательности контакта со здоровыми лицами, особенно детьми.

Выдать больничный лист, оценить эффективность назначенного лечения на 3-й день, при необходимости заменить раствор сульфацил-натрия на инстилляции антибиотиков (ципрофлоксацин 0,3%).

Задача 2. У больного острый дакриoadенит. Необходима срочная госпитализация в офтальмологическое отделение.

Первая врачебная помощь:

- закапать в конъюнктивальный мешок 20% раствор сульфацил-натрия (или раствор антибиотика, например 0,25% раствор левомецетина),

- за нижнее веко заложить левомецетиновую глазную мазь (1%) либо любую другую мазь с антибиотиком,
- внутрь десенсибилизирующее средство (и/или жаропонижающее), например, супрастин 1 табл.,
- возможно наложение монокулярной повязки. Специализированная офтальмологическая помощь в стационаре включает инстилляцию антибактериальных глазных капель в конъюнктивальный мешок 4-6 раз в день, закладывание за нижнее веко глазной мази с антибиотиком 2 раза в день, антибиотик широкого спектра действия и десенсибилизирующие препараты внутрь, на область слезной железы при отсутствии признаков абсцедирования - сухое тепло (УВЧ-терапия, грелка или синий свет), при наличии флюктуации - вскрытие абсцесса и дренирование.

Задача 3. Вероятно, у больной гнойная язва роговицы. Необходима срочная госпитализация в офтальмологическое отделение. Первая врачебная помощь:

- * промыть (крайне осторожно, во избежание перфорации роговицы!) конъюнктивальный мешок антисептиком (раствор фурацилина либо слабый раствор перманганата калия 1:5 000),
- * закапать в конъюнктивальный мешок 0,25% раствор левомецетина (либо другие глазные капли с антибиотиком),
- * закапать мидриатик (атропина сульфат 1%-ный либо мидриацил);
- * за нижнее веко заложить левомецетиновую глазную мазь (1%) либо любую другую мазь с антибиотиком,
- * наложить монокулярную повязку,
- внутрь десенсибилизирующее средство (и/или жаропонижающее), например, супрастин 1 табл., и антибиотик широкого спектра действия.

Специализированная офтальмологическая помощь в стационаре включает промывание конъюнктивального мешка раствором антисептика каждые 30-40 мин, инстилляцию мидриатиков (кратность зависит от продолжительности действия используемого препарата: атропина сульфат, например, 3 раза в день), антибактериальных глазных капель в конъюнктивальный мешок 8 раз в день, закладывание за нижнее веко глазной мази с антибиотиком 2 раза в день, антибиотик широкого спектра действия внутримышечно или внутрь, инъекции антибиотиков под конъюнктиву, десенсибилизирующие препараты внутрь, витаминные капли (витапекс), средства, улучшающие эпителизацию (актовегин-гель). При стихании воспалительного процесса - рассасывающая терапия (уменьшение размеров помутнения роговицы), например, электрофорез с лидазой.

Задача 4. У больного зрелая старческая (возрастная) катаракта. Дополнительно возможна биомикроскопия глаза для уточнения диагноза и формы помутнения хрусталика. Показана экстракция катаракты, поэтому необходим осмотр у офтальмолога для решения вопроса об оперативном лечении. При подготовке пациента к плановой операции проводится общеклиническое обследование (общие анализы крови и мочи, состояние свертывающей системы крови, ЭКГ, динамика артериального давления, уровень глюкозы в крови), при необходимости - консультации специалистов, курс лечения ангиопротекторами (1-2 нед.).

Способ коррекции односторонней афакии в данном случае - имплантация интраокулярной линзы. В послеоперационном периоде (в течение 2 мес.) на амбулаторном этапе выполняются рекомендации офтальмохирурга (инстилляцию витаминных капель, противовоспалительных средств в конъюнктивальный мешок). Экстракция катаракты другого глаза возможна через 6 мес. после первой операции (при гладком течении послеоперационного периода), в течение этого периода в конъюнктивальный мешок здорового глаза необходимы инстилляцию препаратов, улучшающих трофику (квинакс, тауфон), со сменой препарата каждые 2 мес.

Задача 5. У больного проникающее роговичное ранение глазного яблока. Необходима экстренная госпитализация в офтальмологическое отделение. Первая врачебная помощь:

- осторожно закапать в конъюнктивальный мешок 20% раствор сульфацил-натрия (или раствор антибиотика, например 0,25% раствор левомецетина),
- обезболить инстилляцией 0,25 % раствора дикаина,
- внутрь или внутримышечно ввести антибиотик широкого спектра действия,
- * внутримышечно ввести противостолбнячный анатоксин,
- * наложить бинокулярную повязку,
- * госпитализация на носилках (!).

Специализированная офтальмологическая помощь в стационаре включает уточняющее офтальмологическое обследование (в частности, рентгенография с протезами-индикаторами

Комберга-Балтина для локализации внутриглазного инородного тела), первичную хирургическую обработку раны. В послеоперационном периоде необходимы инстилляции мидриатиков (кратность зависит от продолжительности действия используемого препарата: атропина сульфат, например, 3 раза в день), антибактериальных глазных капель в конъюнктивальный мешок 6-8 раз в день, закладывание за нижнее веко глазной мази с антибиотиком 2 раза в день, антибиотик широкого спектра действия внутримышечно или внутривенно, инъекции антибиотиков под конъюнктиву, десенсибилизирующие препараты внутрь, инстилляции препаратов, улучшающих трофику тканей глаза (катахром), средства, улучшающие эпителизацию роговицы (актовегин-гель).

Возможные осложнения:

- выпадение содержимого глаза;
- гнойные иридоциклит, увеит, эндофтальмит, панофтальмит;
- кровоизлияния в стекловидное тело с последующим образованием грубых фиброзных тяжей, приводящих к тракционной отслойке сетчатки;
- симпатическая офтальмия;
- металлоз (в случае неудаленного внутриглазного металлического инородного тела).

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)
1. Клиническая анатомия и физиология зрительного анализатора.
 2. Основные клинические симптомы:
 - Боль в глазу
 - Красный глаз, белый глаз
 - Снижение остроты зрения
 3. Методы исследования больного с патологией органа зрения
 - 3.1. Клиническое обследование пациента с заболеванием глаз.
 - 3.2. Лабораторные и функциональные методы исследования: взятие и приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования с конъюнктивы
 4. Основные нозологические формы
 - 4.1. Глаукома
 - 4.2. Болезни век, слезных органов, глазницы
 - 4.3. Болезни роговицы
 - 4.4. Болезни заднего отдела глаза
 - 4.5. Нейроофтальмологические заболевания

4.6. Заболевания конъюнктивы

4.7. Катаракта

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

1. Локализация корковых зрительных центров:

- а) латеральные коленчатые тела;
- б) затылочная доля;
- в) четверохолмие;
- г) теменная доля.

2. Возраст, в котором начинает функционировать слезная железа:

- а) 2 мес.;
- б) в первые часы после рождения;
- в) 3-4 недели;
- г) 3 мес.

3. Структуры глаза, не имеющие чувствительных нервных окончаний:

- а) хрусталик и сетчатка;
- б) хориоидея и хрусталик;
- в) хориоидея и сетчатка;
- г) роговица и хрусталик.

4. Кровоснабжение глаза:

- а) глазничная артерия;
- б) ветви лицевой артерии;
- в) ветви внутренней сонной артерии;
- г) ветви средней менингеальной артерии.

5. Факторы, обеспечивающие высокую остроту зрения:

- а) плотность и размеры колбочковых элементов центральной ямки;
- б) нормальное состояние зрительных путей;
- в) нормальное состояние подкорковых и корковых зрительных центров;
- г) все перечисленное.

6. Расстояние, с которого определяется острота зрения по таблицам:

- а) 5м;
- б) 6м;
- в) зависит от расстояния, с которого пациент видит 1-ю строчку таблицы;
- г) 3м.

7. Острота зрения у новорожденных:

- а) 0,7-0,5;
- б) тысячные доли единицы;
- в) 1,5;
- г) 0,2-0,1.

8. Сроки начала формирования цветового зрения:

- а) период новорожденности;
- б) с 6 мес.;
- в) на 2-м году жизни;
- г) раннее детство.

9. Цвета шариков, которые должны быть в центре гирлянд, подвешиваемых детям в колясках и кроватках:

- а) красные, оранжевые, желтые, зеленые;
- б) красные, желтые, зеленые;
- в) красные, желтые, оранжевые, синие;
- г) желтые, красные, зеленые, синие.

10. Необходимые цвета игрушек для маленьких детей:

- а) красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий;
- б) красный, желтый, оранжевый, зеленый;
- в) красный, желтый, зеленый, синий;
- г) красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий, голубой.

11. Разница в величине поля зрения у детей и взрослых:
- а) у детей на 10° шире;
 - б) у взрослых на 10° шире;
 - в) разницы нет;
 - г) у детей на $15-20^\circ$ шире.
12. Изменение в поле зрения, характерное для глаукомы:
- а) концентрическое сужение;
 - б) не изменяется;
 - в) сужение с носовой стороны;
 - г) сужение с височной стороны.
13. Вид и сила клинической рефракции при дальнейшей точке ясного видения на расстоянии 2 м:
- а) миопия 2,0 Д;
 - б) гиперметропия 2,0 Д;
 - в) пресбиопия 2,0 Д;
 - г) эметропия.
14. Изменение клинической рефракции с возрастом в норме:
- а) гиперметропия у новорожденных к 12-14 годам сменяется миопией;
 - б) гиперметропия у новорожденных к 12-14 годам сменяется эметропией;
 - в) миопия у новорожденных к 12-14 годам сменяется эметропией;
 - г) миопия у новорожденных к 12-14 годам сменяется гиперметропией.
15. Возрастной период, в котором должны осматриваться дети для выявления аномалий рефракции:
- а) в 6 мес.;
 - б) в 1 год;
 - в) в 2 мес.;
 - г) в 1 год или в 6 мес. (при отягощенной наследственности).
16. Коррекция близорукости для дали и близи:
- а) полная для дали и на 2 Д меньше для работы, чем для дали;
 - б) до 0,7-0,8 для дали и на 2,5 Д меньше для работы, чем для дали;
 - в) полная или до 0,7-0,8 для дали и на 2-2,5 Д меньше для работы, чем для дали;
 - г) полная для дали и на 2-2,5 Д меньше для работы, чем для дали.
17. Объективный метод определения клинической рефракции:
- а) биомикроскопия;
 - б) скиаскопия;
 - в) офтальмоскопия;
 - г) гониоскопия.
18. Общее заболевание, при котором не наблюдается изменений на глазном дне:
- а) сахарный диабет;
 - б) гипертоническая болезнь;
 - в) токсоплазмоз;
 - г) гепатит.
19. Общее заболевание, при котором в макулярной области выявляется «фигура звезды»:
- а) артериальная гипертензия;
 - б) хронический гломерулонефрит;
 - в) сахарный диабет;
 - г) синдром Стилла.
20. Пресбиопия - это:
- а) спазм аккомодации у лиц пожилого возраста;
 - б) уменьшение степени миопии с возрастом;
 - в) уменьшение объема аккомодации с возрастом;
 - г) дальнорукость.
21. Подбор очков для чтения пациенту 60 лет с миопией, равной 1,5 Д:
- а) $2Д - 1,5Д = 0,5Д$;
 - б) $3Д - 1,5Д = 1,5Д$;
 - в) $1,5Д + 1,5Д = 3Д$;
 - г) $1,5Д - 0,5Д = 1Д$.
22. Возраст, к которому формируется бинокулярное зрение:

- а) 2-3 года;
 - б) 1 год;
 - в) 6 мес.-1 год;
 - г) 3-4 года.
23. Амблиопия является осложнением:
- а) миопии высокой степени;
 - б) глаукомы;
 - в) косоглазия;
 - г) катаракты.
24. Воспалительные процессы в области век:
- а) блефарит, ячмень, халазион;
 - б) блефарит, ячмень, дакриoadенит, контагиозный моллюск;
 - в) блефарит, ячмень, контагиозный моллюск;
 - г) блефарит, ячмень, халазион, контагиозный моллюск.
25. Изменения век при параличе лицевого нерва:
- а) лагофтальм;
 - б) энофтальм;
 - в) птоз;
 - г) выворот.
26. Заболевания, при которых не развивается воспаление слезной железы:
- а) бруцеллез, токсоплазмоз;
 - б) корь, скарлатина;
 - в) эпидемический паротит, брюшной тиф;
 - г) ревматизм, ангина, грипп.
27. Наиболее частые возбудители конъюнктивитов в настоящее время:
- а) моракселла и пневмококк;
 - б) хламидии и стафилококк;
 - в) стафилококк и пневмококк;
 - г) вирусы и хламидии.
28. Предпочтительнее для профилактики гонобленнореи у новорожденных:
- а) однократная инсталляция 2% раствора ляписа;
 - б) 3 - 5-кратные инстиллянии в течение 10 мин. раствора пенициллина (10000 ЕД в 1 мл);
 - в) 3-кратные инстиллянии в течение 10 мин. 30% раствора сульфацила – натрия;
 - г) 3-кратные инстиллянии в течение 10 мин. раствора левомицетина.
29. Изменение конъюнктивы верхнего века в виде «булыжной мостовой» встречается при:
- а) аденовирусном конъюнктивите;
 - б) весеннем катаре;
 - в) трахоме;
 - г) дифтерийном конъюнктивите.
30. Состояние чувствительности роговицы у ребенка до 2 мес. жизни:
- а) очень низкая или отсутствует;
 - б) выше, чем у взрослого;
 - в) такая же, как у взрослого;
 - г) несколько сниженная.
31. Признаки роговичного синдрома:
- а) светобоязнь, блефароспазм, слезотечение;
 - б) светобоязнь, слезотечение, снижение зрения;
 - в) блефароспазм, слезотечение, боль;
 - г) светобоязнь, блефароспазм, слезотечение, боль.
32. Наиболее частая причина кератитов у детей и взрослых:
- а) корь;
 - б) ветряная оспа;
 - в) герпетическая инфекция;
 - г) аденовирусная инфекция.
33. Для профилактики синехий при иридоциклите назначают:
- а) миотики;

- б) мидриатики;
 - в) антибиотики;
 - г) сульфацил-натрий.
34. Вид инъекции сосудов, характерный для иридоциклита:
- а) перикорнеальная, смешанная;
 - б) конъюнктивальная;
 - в) конъюнктивальная, смешанная;
 - г) перикорнеальная.
35. Наиболее частые осложнения иридоциклитов:
- а) снижение зрения;
 - б) вторичная глаукома и катаракта;
 - в) неврит зрительного нерва;
 - г) хориоретинит и кровоизлияния в стекловидное тело.
36. Скопление гноя в передней камере глаза - это:
- а) гифема;
 - б) гемофтальм;
 - в) преципитаты;
 - г) гипопион.
37. Афакия - это:
- а) искусственный хрусталик;
 - б) отсутствие хрусталика;
 - в) отсутствие глазного яблока;
 - г) дефект радужки.
38. Возраст, в котором чаще появляется старческая катаракта:
- а) 50 лет и старше;
 - б) 70 лет и старше;
 - в) 40 лет и старше;
 - г) 60 лет и старше.
39. Признаки начальной катаракты все перечисленные, кроме:
- а) медленного снижения остроты зрения;
 - б) сероватого оттенка зрачка;
 - в) невозможности очковой коррекции;
 - г) инъекции сосудов конъюнктивы.
40. Нормы внутриглазного давления у взрослых и детей (в мм. рт. ст.):
- а) 15-20;
 - б) 16-26;
 - в) 18-25;
 - г) 18-28.
41. Возраст, с которого необходимо ежегодно контролировать внутриглазное давление (лет):
- а) 35;
 - б) 45;
 - в) 40;
 - г) 50.
42. Признаки врожденной глаукомы все, кроме:
- а) глубокой передней камеры;
 - б) увеличения размеров роговицы и глаза;
 - в) широкого зрачка, застойной инъекции сосудов глазного яблока;
 - г) дефекта радужки.
43. Способы исследования офтальмотонуса все перечисленные, кроме:
- а) пальпаторного;
 - б) офтальмоскопического;
 - в) тонометрического;
 - г) тонографического.
44. Сроки операции детей с врожденной глаукомой:
- а) сразу после установления диагноза;
 - б) 2 мес.;

- в) 4 недели;
 - г) 6 мес.
45. Наиболее действенным лекарственным средством при остром приступе глаукомы является:
- а) пилокарпин;
 - б) тимолол;
 - в) фуросемид;
 - г) диакарб.
46. Признаки проникающего ранения глаза все перечисленные, кроме:
- а) выпадения в рану внутренних оболочек глаза;
 - б) изменения глубины передней камеры;
 - в) иридоденега;
 - г) наличия рентгенконтрастного инородного тела внутри глаза.
47. Изменение век, указывающее на повреждение околоносовых пазух:
- а) подкожная крепитация;
 - б) симптом «очков»;
 - в) ссадины;
 - г) птоз и отек век.
48. Косвенный признак отслойки сетчатки при тупой травме глаза:
- а) слепота;
 - б) колышущаяся «вуаль» перед глазом;
 - в) гифема;
 - г) отсутствие подвижности глазного яблока.
49. Первая врачебная помощь при химических ожогах глаз включает все перечисленное, кроме:
- а) обильного промывания конъюнктивальной полости водой;
 - б) глазных мазей с антибактериальным действием;
 - в) местного применения антибиотиков;
 - г) мидриатиков.
50. Начальные признаки ретинобластомы все, кроме:
- а) снижения остроты зрения и выпадения полей зрения;
 - б) уменьшения глубины передней камеры;
 - в) экзофтальма;
 - г) расширения и зеленоватого «свечения» зрачка.
51. Основная причина слепоты при глаукоме:
- а) помутнение хрусталика;
 - б) атрофия зрительного нерва;
 - в) снижение числа фоторецепторов;
 - г) изменение анатомической оси глаза.
52. Дифференциально-диагностическими признаками глаукомы и острого иридоциклита являются все, кроме:
- а) уровня внутриглазного давления;
 - б) пальпаторной картины;
 - в) характера нарушения зрения;
 - г) характера инъекции сосудов конъюнктивы.
53. Тактика семейного врача при впервые выявленном повышенном внутриглазном давлении:
- а) назначить пилокарпин;
 - б) назначить консультацию окулиста;
 - в) тактика зависит от уровня внутриглазного давления;
 - г) проведение суточной тонометрии.
54. При дифференциальной диагностике неврита и атрофии зрительного нерва учитываются все, кроме:
- а) цвета диска зрительного нерва;
 - б) четкости границ диска зрительного нерва;
 - в) анамнестических данных;
 - г) характера нарушений зрительных функций.
55. Наиболее тяжелыми проявлениями тупой травмы глаза являются все, кроме:
- а) гипосфагмы;
 - б) гемофтальма;

в) отрыва зрительного нерва;

г) отслойки сетчатки.

56. Причины слезотечения все, кроме:

а) сужения слезных точек;

б) повышенной чувствительности роговицы;

в) искривления носовой перегородки;

г) выворота нижнего века.

57. Дифференциально-диагностические признаки дакриоцистита и флегмоны слезного мешка все, кроме:

а) флюктуации;

б) общего состояния;

в) гнойного отделяемого из слезных точек;

г) выраженности лихорадки.

58. Признаком дакриoadенита является:

а) слезотечение;

б) гнойное отделяемое из слезных точек;

в) S-образная деформация верхнего века;

г) припухлость в области внутреннего угла глаза.

59. Морфологическими формами кератитов являются все, кроме

а) инфильтрата;

б) птеригиума;

в) ползучей язвы;

г) эрозии.

Ответы на тестовые задания:

1	Б	31	Г
2	А	32	В
3	В	33	Б
4	В	34	А
5	Г	35	Б
6	А	36	Г
7	Б	37	Б
8	Г	38	Г
9	А	39	Г
10	А	40	Б
11	Б	41	В
12	В	42	Г
13	А	43	Б
14	Б	44	А
15	Г	45	Г
16	В	46	В
17	Б	47	А
18	Г	48	Б
19	Б	49	Г
20	В	50	А
21	Б	51	Б
22	А	52	В
23	В	53	В
24	Г	54	Б
25	А	55	А
26	А	56	В
27	В	57	Г
28	В	58	В
29	Б	59	Б
30	А		

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 15. Болезни зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП

Тема 15.1: Методы обследования зубов, пародонта, СОПР и языка и основные синдромы и симптомы

Тема 15.2: Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и СОПР

Цель: формирование способности и готовности врача к оказанию медицинской помощи пациентам с болезнями зубов, слизистой оболочки полости рта и языка

Задачи:

- изучить основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с болезнями зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации;
- рассмотреть этиопатогенез, факторы риска, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики и алгоритм ведения пациента в амбулаторных условиях;
- изучить подходы к организации лечения пациента с применением основных положений актуальных клинических рекомендаций;
- изучить современные инструменты профилактики заболевания, и принципы

- профилактического консультирования пациентов;
- сформировать навык организации и ведения пациента в рамках динамического наблюдения в условиях общей врачебной практики.

Обучающийся должен знать:

основные положения нормативных документов, клинических рекомендаций, регулирующих оказание помощи пациентам по теме «Медицинская помощь пациентам с болезнями зубов, слизистой оболочки полости рта и языка в ОВП» и задачи участковой службы (ОВП) на современном этапе в Российской Федерации; этиопатогенез, факторы риска, эпидемиологию, клинику, классификацию, критерии и этапы диагностики, маршрутизацию и показания к направлению на консультацию специалиста; принципы, методы и средства немедикаментозного и медикаментозного лечения соответственно действующим клиническим рекомендациям.

Обучающийся должен уметь:

Проводить скрининг, дифференциальную диагностику и диагностику заболевания; выявлять факторы риска, определять показания к направлению к специалистам, на госпитализацию и на реабилитацию; интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов с заболеванием/состоянием; применять положения актуальных клинических рекомендаций по теме занятия в реальной практике; выявлять признаки временной и стойкой утраты трудоспособности, осуществлять мероприятия, направленные на вторичную/ третичную профилактику проводить и осуществлять контроль мероприятий по профилактике и лечению пациентов; оформлять медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть: методикой скрининга заболевания в общей врачебной практике, методиками организации маршрута пациента, методикой интерпретации и анализа информации, полученной от пациента, проведения обследования и интерпретации результатов клинических анализов; методикой определения временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности пациента и оформления направления на МСЭ; методикой индивидуального и группового профилактического консультирования; методикой организации лечения и динамического наблюдения пациента; методикой оценки и контроля эффективности и безопасности проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия (дается перечень вопросов для собеседования).

1. Проведение клинического обследования зубов, пародонта, СОПР и языка в условиях ОВП.
2. Распространенность основных состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка в популяции и в регионе с учетом возраста, уметь их выявлять на ранних этапах и лечить.
3. Профилактика наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.
4. Консультирование пациентов (взрослых и детей) по вопросам индивидуальной гигиены полости рта.
5. Неотложная догоспитальная помощь пациентам с травмами челюстно-лицевой области.

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, отработка практических навыков (осмотр полости рта), по алгоритму под контролем преподавателя).*

3. Решить ситуационные задачи

- 1) *Алгоритм разбора задач:* предварительный диагноз, тактика осмотра и ведения ВОП, критерии тяжести и угрожающие признаки, неотложная помощь
- 2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1.

Юноша Д., 16 лет.

Жалобы на боль в области нижней челюсти с двух сторон, кровотечение из полости рта, невозможность плотного смыкания зубных рядов.

Из анамнеза: около получаса назад в драке получил удар кулаком в область нижней челюсти справа. Сознание не терял.

Составьте предварительный диагноз. Тактика осмотра и ведения ВОП. Консультации других специалистов.

Укажите, какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза.

Укажите возможные результаты дополнительного обследования.

Поставьте заключительный диагноз.

Составьте несколько вариантов лечения.

Ответ:

1. Двухсторонний перелом тела нижней челюсти? Сотрясение головного мозга?

3. Осмотр лица с целью выявления асимметрии его нижнего отдела, внешних повреждений кожи, гематомы в области удара. Пальпация с целью выявить ступеньки по краю тела челюсти. Проверить симптомы сдавливания: в области углов вертикально вверх, к средней линии, и в области подбородка при полуоткрытом рте.

Определить наличие ограничения открывания рта. Установить возможность осуществлять вертикальные и боковые движения нижней челюсти, пальпаторно определить движения суставных головок с целью выявления повреждения мышечковых отростков.

Провести осмотр слизистой оболочки полости рта, исключить ушибы и рваные раны слизистой оболочки полости рта. Определить соотношение зубов, плотность смыкания зубов. Осмотреть органы полости рта (язык), дно полости рта.

Для исключения переломов в области мышечковых отростков и ветвей нижней челюсти необходимо провести дополнительное рентгенологическое исследование – рентгенограммы костей лицевого черепа в прямой и обеих боковых проекциях, томограммы ВНЧС.

Осмотр невропатолога.

Двухсторонний открытый перелом тела нижней челюсти в области зачатков зубов 38, 48.

Лечение можно проводить двумя вариантами. Если соотношение зубов не нарушено, т.е. перелом без смещения, под обезболиванием накладывается шина Тигерштедта на верхнюю и нижнюю челюсти и проводится межчелюстная иммобилизация на 30 дней.

При смещении фрагментов репозицию целесообразно проводить хирургическим методом. В стационаре под наркозом внутриротовым доступом (с предварительно наложенными шинами на верхнюю и нижнюю челюсти) проводят репозицию фрагментов по линии перелома. Сопоставленные фрагменты под визуальным контролем фиксируют при помощи титановых мини-пластин и саморезов. Рана ушивается. На 2-е сутки проводится иммобилизация челюстей.

Задача 2.

Ребенок Ж., 3 года 6 месяцев.

Жалобы: на ограничение открывания рта, деформацию нижнего отдела лица.

Анамнез заболевания: на первом году жизни перенес 4 раза правосторонний гнойный отит. Деформацию нижней челюсти заметили 1,5 года, к 2 годам появилось резкое ограничение открывания рта.

St. loc.: при осмотре определяется изменение конфигурации лица за счет припухлости правой щеки, смещения центра подбородка вправо. Открывание рта ограничено до 0,8 см, боковые движения отсутствуют. Косметический центр по резцам смещен вправо на 0,7 см.

Задания:

Поставьте предварительный диагноз.

Тактика ведения ребенка ВОП.

Ответ:

Предварительный диагноз – вторичный деформирующий остеоартроз правого височно – нижнечелюстного сустава.

Больному необходимо назначить консультацию челюстно-лицевого хирурга, провести рентгенологическое обследование: правого и левого височно – нижнечелюстных суставов с целью выявления деформации суставной головки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

В амбулаторию ВОП доставили больного с жалобами на боль в средней трети лица, усиливающуюся при попытке смыкания зубов, головную боль, головокружение, тошноту.

Из анамнеза: час назад упал с крыши сарая, ударился лицом о лежащие на земле бревна. При внешнем осмотре: рот полуоткрыт, лицо уплощено и удлинено, изо рта и носа вытекает кровь. На коже лица и слизистой оболочке верхней губы – рвано-ушибленная рана. Симптом очков.

1. Ваш предварительный диагноз? Какие симптомы будете использовать для подтверждения диагноза при отсутствии рентгеновского аппарата?
2. Как объясните внешний вид больного?
3. Какова Ваша тактика при оказании первой помощи больному? Куда и в каком положении направите больного.

Задача 2.

В центральную районную больницу в 18¹⁵ доставлен больной с жалобами на общую слабость, высокую температуру тела (38⁰ С), болезненную припухлость в левой подчелюстной области.

Из анамнеза выяснено, что после переохлаждения больного 3 дня назад заболел 6 зуб, к врачу за помощью не обращался, лечился анальгетиками, полоскал фурацилином. Через 2 дня от начала заболевания появились, а затем стали нарастать острые воспалительные явления со стороны нижней челюсти слева.

При осмотре больного: общее состояние средней тяжести. Температура тела 38⁰С, пульс ритмичный 100 ударов в минуту. Местно: в левой подчелюстной области плотный болезненный инфильтрат, коллатеральный отек. Кожа в области инфильтрата гипермирована лоснится в складку не собирается, определяется участок флюктуации. Со стороны полости рта воспалительные явления выражены незначительно. Коронка зуба 6 разрушена, перкуссия его положительна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Этиология и патогенез этого заболевания?
3. Алгоритм тактических и лечебных мероприятий.

Задача 3. К ВОП обратился больной К. 27 лет с жалобами на озноб, высокую температуру тела 39 С, тошноту, резкие рвущие боли на верхней губе.

При осмотре наблюдается ассиметрия лица слева за счет отека мягких тканей верхней губы. Пальпаторно определяется инфильтрат, распространяющийся на соседние ткани (на крыло и основание носа, щечную и подглазничную области). Кожа над ними гиперемирована, спаяна. На поверхности кожи определяются три приподнятые папулы, заполненные серозной жидкостью. Слизистая оболочка полости рта и твердых тканей зубов без видимых патологических изменений.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте лабораторные методы исследования.
3. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Определите лечебную тактику у больного.
5. Назовите осложнения данной патологии.
6. Определите прогноз для лечения.

4. Задания для групповой работы

Составить клинический кейс по теме занятия по ниже приведенному шаблону.

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	
В	1	Предварительный диагноз, факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	

В	4	Мониторимые показатели состояния здоровья
Э	-	

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 (привести вопросы для самоконтроля)

1. Этиология и патогенез кариеса зубов, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта;

2. Принципы профилактики распространенных заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта;

3. Основные клинические синдромы кариеса зубов, заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта.

4. Проведение клинического обследования зубов, пародонта, СОПР и языка в условиях ОВП.

5. Профилактика наиболее часто встречающихся состояний/заболеваний зубов, пародонта, СОПР и языка и выявлять основные факторы риска, влияющие на их течение и прогноз.

6. Консультирование пациентов (взрослых и детей) по вопросам индивидуальной гигиены полости рта.

7. Неотложная догоспитальная помощь пациентам с травмами челюстно-лицевой области.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Укажите номер правильного ответа

1. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 2-3 лет является инфекция:

- 1) одонтогенная;
- 2) неодонтогенная.

181. Наиболее частой причиной острых лимфаденитов челюстно-лицевой области у детей 6-8 лет является инфекция:

- 1) одонтогенная;
- 2) неодонтогенная.

182. У детей 2-3 лет среди указанных причин острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает инфекция:

- 1) посттравматическая;
- 2) ОРВИ;
- 3) одонтогенная.

183. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов челюстно-лицевой области преобладает у детей в возрасте:

- 1) 2-3 лет;
- 2) 3-4 лет;
- 3) 6-8 лет.

184. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 6-7 лет являются зубы:

- 1) 32 31 41 42;
- 2) 12 11 21 22;
- 3) 55 54 64 65;
- 4) 75 74 84 85;
- 5) 16 26 36 46.

185. Наиболее частыми источниками инфекции при одонтогенных лимфаденитах челюстно-лицевой области у детей 10-14 лет являются зубы:

- 1) 15 14 24 25;

- 2) 35 34 44 45;
- 3) 16 26;
- 4) 36 46.

186. Наиболее частым источником инфекции при остром периостите челюстных костей в детском возрасте являются:

- 1) зубы 16 55 54 64 65 26;
- 2) зубы 36 75 74 84 85 46;
- 3) ОРВИ и детские инфекционные заболевания;
- 4) заболевания ЛОР- органов.

187. Гематогенный остеомиелит наблюдается чаще в области челюсти:

- 1) нижней;
- 2) верхней.

188. Наиболее частыми источниками инфекции при остром одонтогенном периостите челюстных костей у детей являются зубы:

- 1) 12 11 21 22;
- 2) 23 13 41 42;
- 3) 16 55 54 64 65 26;
- 4) 46 85 84 74 75 36.

189. У детей среднего старшего возраста преобладает остеомиелит этиологии:

- 1) посттравматической;
- 2) одонтогенной;
- 3) гематогенной.

190. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области челюсти:

- 1) нижней ;
- 2) верхней.

191. Наличие субпериостального абсцесса с двух сторон альвеолярного отростка характерно для:

- 1) острого серозного периостита;
- 2) острого гнойного периостита;
- 3) острого остеомиелита.

192. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стафилококками;
- 2) микобактериями туберкулеза;
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком.

193. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стрептококком в сочетании со стафилококком;
- 2) палочкой Коха;
- 3) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком.

194. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) стафилококком;
- 2) лучистым грибом;
- 3) стрептококком.

195. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:

- 1) кишечной палочкой в сочетании со стафилококком;
- 2) анаэробной и кокковой флорой;
- 3) бледной трепонемой.

196. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается в:

- 1) срочной госпитализации;
- 2) дезинтоксикационной терапии;
- 3) хирургической помощи;
- 4) иммунотерапии.

197. Неотложная помощь ребенку с острым гематогенным остеомиелитом заключается в:

- 1) антибактериальной терапии;
- 2) срочной госпитализации и хирургической помощи в полном объеме;
- 3) гипосенсибилизирующей терапии.

198. Неотложная помощь ребенку с аденофлегмоной заключается в:

- 1) иммунотерапии;
 - 2) антибактериальной терапии;
 - 3) срочной госпитализации и хирургической помощи в полном объеме.
199. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в:
- 1) хирургической помощи;
 - 2) антибактериальной терапии;
 - 3) противовоспалительной терапии.
200. При оказании неотложной хирургической помощи ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом челюсти в определенной клинической ситуации возможно отложить:
- 1) вскрытие субпериостального абсцесса;
 - 2) удаление причинного зуба;
 - 3) вскрытие флегмоны.
201. При остром серозном периостите причинный временный однокорневой зуб удаляется:
- 1) всегда;
 - 2) по показаниям.
202. При остром остеомиелите причинный временный однокорневой зуб удаляется:
- 1) по показаниям;
 - 2) всегда.
203. При остром гнойном периостите причинный временный однокорневой зуб удаляется:
- 1) всегда;
 - 2) по показаниям.
204. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется:
- 1) по показаниям;
 - 2) всегда.
205. При остром гнойном периостите причинный постоянный многокорневой зуб удаляется:
- 1) всегда;
 - 2) по показаниям.

Укажите номера правильных ответов

206. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по этиологии делятся на:
- 1) острые;
 - 2) хронические;
 - 3) одонтогенные;
 - 4) неодонтогенные;
 - 5) специфические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
207. Остеомиелиты челюстных костей у детей по клиническому течению делятся на:
- 1) одонтогенные;
 - 2) травматические;
 - 3) острые;
 - 4) хронические;
 - 5) специфические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
208. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей по клиническому течению делятся на:
- 1) одонтогенные;
 - 2) ларингогенные;
 - 3) специфические;
 - 4) острые;
 - 5) хронические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
209. Показания к секвестрэктомии у детей являются:
- 1) наличие секвестральной капсулы;
 - 2) погибшие зачатки зубов;
 - 3) крупные секвестры;
 - 4) секвестр, расположенный вне зоны роста, у детей до 10 лет;

- 5) стойкий белок в моче.
210. Остеомиелиты челюстных костей у детей по этиологии делятся на:
- 1) острые;
 - 2) хронические;
 - 3) специфические;
 - 4) одонтогенные;
 - 5) травматические;
 - 6) хронические в стадии обострения.
211. Периоститы челюстных костей по этиологии делятся на:
- 1) хронические;
 - 2) острые;
 - 3) одонтогенные;
 - 4) травматические;
 - 5) хронические в стадии обострения.

ОТВЕТЫ:

№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ	№ вопроса	Правильный ответ
1	2	12	3	23	2
2	1	13	2	24	1
3	2	14	2	25	2
4	3	15	2	26	2
5	4	16	3	27	3, 4, 5
6	4	17	3	28	3, 4, 6
7	2	18	2	29	4,5,6
8	2	19	3	30	2,3,5
9	4	20	1	31	3,4,5
10	2	21	2	32	3,4
11	1	22	2		

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Укажите номер правильного ответа

253. У детей, больных хроническим рецидивирующим паренхиматозным паротитом, в анамнезе выявляется перенесенный острый эпидемический паротит:
- 1) всегда;
 - 2) иногда.
254. Хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит заболевание:
- 1) контагиозное;
 - 2) неконтагиозное.
255. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение обеих желез:
- 1) характерно;
 - 2) не характерно.
256. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком:
- 1) обязательным;
 - 2) необязательным.
257. Симметричное поражение обеих околоушных слюнных желез более характерно для паротита:
- 1) хронического рецидивирующего паренхиматозного;

- 2) острого эпидемического.
258. Гнойное расплавление паренхимы железы в период обострения хронического рецидивирующего паротита – явление:
- 1) частое;
 - 2) редкое;
 - 3) крайне редкое.
259. Чередование периодов обострения и ремиссии характерно для паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического паренхиматозного.
260. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков, страдающих:
- 1) хроническим паренхиматозным паротитом;
 - 2) острым эпидемическим паротитом;
 - 3) калькулезным сиалоаденитом.
261. Гнойное расплавление паренхимы железы характерно для паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического рецидивирующего паренхиматозного;
 - 3) новорожденных.
262. Клинические симптомы паротита новорожденных наиболее близки к симптомам:
- 1) острого эпидемического паротита;
 - 2) гематогенного остеомиелита мышечного отростка нижней челюсти;
 - 3) хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита;
 - 4) калькулезного сиалоаденита.
263. Хирургический метод наиболее часто применяется при лечении паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) новорожденных;
 - 3) хронического рецидивирующего паренхиматозного.
264. Выделение гнойного секрета из устья выводного протока околоушной слюнной железы характерно для паротита:
- 1) острого эпидемического;
 - 2) хронического рецидивирующего паренхиматозного.
265. Калькулезный сиалоаденит преимущественно развивается в железах:
- 1) околоушных;
 - 2) поднижнечелюстных.
266. Почечнокаменная болезнь может сопутствовать:
- 1) калькулезному сиалоадениту;
 - 2) острому эпидемическому паротиту;
 - 3) хроническому рецидивирующему паренхиматозному паротиту.
267. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:
- 1) околоушных слюнных желез;
 - 2) подъязычных слюнных желез;
 - 3) поднижнечелюстных слюнных желез;
 - 4) малых слюнных желез;
 - 5) ответы 1+2.
268. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:
- 1) щек;
 - 2) верхней губы;
 - 3) нижней губы;
 - 4) кончика языка;
 - 5) нижней поверхности языка.
269. Ретенционные кисты Блан-дин-Нунна расположены на слизистой оболочке:
- 1) щек;
 - 2) верхней губы;
 - 3) нижней губы;
 - 4) мягкого неба;
 - 5) нижней поверхности языка.
270. Термином «ранула» обозначались ретенционные кисты в области:

- 1) дна рта;
 - 2) щек;
 - 3) верхней губы;
 - 4) нижней губы;
 - 5) кончика языка.
271. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез – это:
- 1) физиотерапевтический;
 - 2) склерозирующая терапия;
 - 3) криотерапия;
 - 4) хирургический;
 - 5) ответы 1+2.
272. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез – это:
- 1) цистотомия;
 - 2) цистэктомия;
 - 3) цистаденэктомия;
 - 4) криотерапия;
 - 5) склерозирование.
273. Наиболее часто возникают рецидивы после удаления ретенционных кист малых слюнных желез:
- 1) слизистой оболочки верхней губы;
 - 2) слизистой оболочки нижней губы;
 - 3) Блан-дин-Нунна;
 - 4) слизистой оболочки мягкого и твердого неба.
274. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики ретенционных кист больших слюнных желез у детей является:
- 1) клинический;
 - 2) контрастная рентгенография;
 - 3) эхография;
 - 4) пункция;
 - 5) томография.
275. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:
- 1) подъязычных;
 - 2) поднижнечелюстных;
 - 3) околоушных;
 - 4) малых слизистой оболочки полости рта;
 - 5) ответы 1+2.
276. Комбинированный метод лечения рекомендуется при:
- 1) аденолимфоме;
 - 2) плеоморфной аденоме;
 - 3) мукоэпидермоидной опухоли;
 - 4) ретенционной кисте поднижнечелюстной слюнной железы;
 - 5) ответы 1+2.
277. Комбинированный метод лечения – это:
- 1) хирургический + физиотерапевтический;
 - 2) криотерапия + хирургический;
 - 3) склерозирующая терапия + хирургический;
 - 4) лучевая терапия + хирургический;
 - 5) хирургический + лекарственная терапия.
278. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:
- 1) поднижнечелюстной;
 - 2) околоушной;
 - 3) подъязычной;
 - 4) малой слизистой оболочки щеки;
 - 5) ответы 1+3.
279. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на

основании результата:

- 1) томографии;
- 2) контрастной рентгенографии;
- 3) открытой хирургической биопсии;
- 4) пункционной биопсии;
- 5) морфологического исследования послеоперационного материала.

280. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка;
- 2) характерная консистенция железы;
- 3) выделения гноя из устья выводного протока;
- 4) поражение одной железы;
- 5) поражение обеих желез.

281. Слюннокаменная болезнь у детей чаще поражает слюнные железы:

- 1) малые;
- 2) околоушные;
- 3) подъязычные;
- 4) поднижнечелюстные;
- 5) ответы 2+4.

282. Хирургический метод является методом выбора при лечении паротита:

- 1) острого эпидемического;
- 2) хронического рецидивирующего вне обострения;
- 3) хронического рецидивирующего в стадии обострения;
- 4) новорожденных.

Укажите номера всех правильных ответов

283. Для острого эпидемического паротита характерны симптомы:

- 1) гнойное расплавление тканей железы;
- 2) симметричное увеличение обеих желез;
- 3) консистенция тестовато - пастозная;
- 4) консистенция плотная, бугристая;
- 5) возможно одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез.

284. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в стадии ремиссии характерны симптомы:

- 1) консистенция железы тестовато - пастозная;
- 2) консистенция железы бугристая эластичная;
- 3) выделение гноя или секрета с примесью гноя из устья протока;
- 4) секрет желеобразный, иногда с прожилками или мутный;
- 5) боли, усиливающиеся при приеме пищи.

285. Наиболее высокая заболеваемость хронического рецидивирующего паренхиматозного приходится на возрастные группы детей:

- 1) 2-4 года;
- 2) 4-6 лет;
- 3) 6-8 лет;
- 4) 8-10 лет.

286. Для обострения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита характерны симптомы:

- 1) одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез;
- 2) гиперемия кожи над пораженной железой;
- 3) из протока выделяется чистый прозрачный секрет;
- 4) из протока выделяется гной или секрет с примесью гноя;
- 5) железа тестовато – пастозная;
- 6) железа плотная, бугристая.

287. При хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите поражаются:

- 1) железистые клетки;
- 2) паренхима железы;
- 3) выводные протоки слюнных желез.

288. При хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите на контрастной сиамограмме выявляются:

- 1) дефект наполнения;
- 2) округлые полости на месте протоков 3-4 порядка;
- 3) протоки 1-2-3-4-5- порядков не контрастируются;
- 4) расширение основного выводного протока.

289. Лечение хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в период обострения включает:

- 1) антибактериальную терапию;
- 2) противовоспалительную терапию;
- 3) хирургическое лечение;
- 4) введение 30% раствора йодолипола в проток железы;
- 5) физиотерапевтическое лечение;
- 6) гипосенсибилизирующую терапию.

290. Для хронического калькулезного паротита характерны следующие симптомы:

- 1) усиление болей при приеме пищи;
- 2) пастоно – тестоватая консистенция железы;
- 3) задержка или отсутствие выделения секрета из протока слюнной железы;
- 4) наличие уплотнения по ходу протока;
- 5) свободное выделение секрета из протока железы;
- 6) периодическое увеличение объема слюнной железы.

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	2	14	1	27	5
2	2	15	4	28	3
3	1	16	3	29	4
4	2	17	5	30	4
5	2	18	1	31	2,3,5
6	3	19	4	32	2,4
7	2	20	3	33	2,3,4
8	2	21	3	34	2,4,6
9	3	22	3	35	2,3
10	2	23	3	36	2,4
11	2	24	3	37	1,2,5,6
12	2	25	4	38	1,3,4,6
13	2	26	2		

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Укажите номер правильного ответа

1. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) привычный вывих;
- 2) остеоартрит;
- 3) деформирующий юношеский артроз;
- 4) болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

2. К группе первично-костных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относится:

- 1) юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) привычный вывих;
- 3) врожденная аплазия сустава;

- 4) хронический артрит.
3. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:
- 1) острый артрит;
 - 2) неоартроз;
 - 3) привычный вывих;
 - 4) хронический артрит.
4. Причиной деформации нижней трети лица при анкилозе одного височно-нижнечелюстного сустава является:
- 1) парез лицевого нерва;
 - 2) недоразвитие ветви и тела нижней челюсти на стороне поражения;
 - 3) чрезмерное развитие тела и ветви челюсти на противоположной стороне;
 - 4) гемигипертрофия жевательной мышцы на стороне поражения.
5. При вторичном деформирующем остеоартрозе правого височно-нижнечелюстного сустава средняя линия подбородка смещена:
- 1) влево;
 - 2) вправо.
6. При анкилозе обоих височно-нижнечелюстных суставов подбородочный отдел челюсти смещен:
- 1) влево;
 - 2) вправо;
 - 3) назад;
 - 4) вперед.
7. При анкилозе правого височно-нижнечелюстного сустава правый угол рта:
- 1) опущен;
 - 2) приподнят;
 - 3) симметричен правому углу;
 - 4) поперечно растянут.
8. Основным методом лечения детей с первично-костными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов является:
- 1) физиотерапия в сочетании с миогимнастикой;
 - 2) ограничение функции сустава в сочетании с противовоспалительной терапией и физиотерапией;
 - 3) хирургическое в комплексе с ортодонтическим лечением;
 - 4) межчелюстная фиксация в сочетании с физиотерапией.
9. При вторичном деформирующем остеоартрозе обоих височно-нижнечелюстных суставов ребенку 5 лет показана:
- 1) остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением по Лимбергу;
 - 2) остеотомия ветвей челюсти с одномоментной костной пластикой.
10. При вторичном деформирующем остеоартрозе одного височно-нижнечелюстного сустава больному 14 лет показана:
- 1) остеотомия ветви челюсти с последующим скелетным вытяжением;
 - 2) остеотомия ветви челюсти с одномоментной костной пластикой.
11. Больному 14 лет с анкилозом обоих височно-нижнечелюстных суставов показана:
- 1) остеотомия ветвей нижней челюсти с последующим скелетным вытяжением;
 - 2) остеотомия ветвей нижней челюсти с одномоментной костной пластикой.
12. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относится:
- 1) неоартроз;
 - 2) деформирующий юношеский артроз;
 - 3) остеоартрит;
 - 4) аплазия мышечкового отростка нижней челюсти.
13. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:
- 1) нормостенического;
 - 2) гиперстенического;
 - 3) астенического.
14. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной

группе детей:

- 1) 8-11 лет;
- 2) 12-15 лет;
- 3) 3-7 лет.

15. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:

- 1) мальчиков;
- 2) девочек.

16. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:

- 1) кнаружи;
- 2) назад;
- 3) вперед.

17. Наиболее информативным методом рентгенологического исследования височно-нижнечелюстного сустава при

юношеской дисфункции является:

- 1) панорамный;
- 2) томография ВНЧС;
- 3) магнитно-резонансная томография ВНЧС.

18. Смещение нижней челюсти при открывании рта ребенком с привычным вывихом левого височно-нижнечелюстного сустава происходит:

- 1) влево;
- 2) вправо.

19. Девиация челюсти у ребенка с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава с одной стороны при закрывании рта происходит в сторону:

- 1) поражения;
- 2) противоположную поражению.

20. Суставная щель на рентгенограмме при хроническом артрите височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) расширена равномерно;
- 2) расширена неравномерно;
- 3) сужена равномерно;
- 4) сужена неравномерно.

21. Для функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава диспропорция роста опорно-двигательного аппарата ребенка:

- 1) характерна;
- 2) нехарактерна.

22. Патогенетически функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава между собой:

- 1) не связаны;
- 2) связаны.

23. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти для деформирующего юношеского артроза:

- 1) характерно;
- 2) нехарактерно.

24. Деформация суставной головки, сглаженность суставной ямки, бугорка рентгенологическими признаками хронического артрита:

- 1) являются;
- 2) не являются.

25. Симптом «хруста» в момент открывания рта имеет место при:

- 1) вторичном деформирующем остеоартрозе височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) привычном вывихе суставной головки;
- 3) хроническом артрите.

26. Симптом «щелчка» при открывании рта характерен для:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) привычного вывиха суставной головки;
- 3) хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава.

27. Укрепление тонуса мышечно-связочного аппарата является основной целью при лечении:

- 1) вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава;

2) дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

28. В комплексе лечения функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава применяется:

- 1) працевидная повязка;
- 2) механотерапия.

Укажите все правильные ответы

29. К первично-костным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:

- 1) анкилоз;
- 2) привычный вывих;
- 3) остеоартрит;
- 4) болевой синдром дисфункции;
- 5) неоартроз;
- 6) вторичный деформирующий остеоартроз.

30. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:

- 1) анкилоз;
- 2) привычный вывих;
- 3) остеоартрит;
- 4) болевой синдром дисфункции;
- 5) юношеский деформирующий артроз;
- 6) неоартроз.

31. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:

- 1) хронический артрит;
- 2) привычный вывих;
- 3) аплазия височно-нижнечелюстного сустава;
- 4) юношеский деформирующий артроз;
- 5) неоартроз.

32. К функциональным заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава относятся:

- 1) артрит (острый, хронический);
- 2) остеоартрит;
- 3) юношеский деформирующий артроз;
- 4) анкилоз;
- 5) привычный вывих головки сустава;
- 6) неоартроз.

33. Привычный вывих головки височно-нижнечелюстного сустава часто сочетается с:

- 1) плоскостопием;
- 2) врожденными пороками сердца;
- 3) дискинезией желчных путей;
- 4) сколиозом.

34. У больного с привычным вывихом головки височно-нижнечелюстного сустава при движениях нижней челюсти определяется:

- 1) щелканье;
- 2) девиация;
- 3) ринолалия;
- 4) крепитация;
- 5) смещение суставной головки вперед;
- 6) флюктуация;
- 7) западение кпереди от козелка уха на стороне поражения.

35. При лечении функциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава назначают:

- 1) щадящую диету;
- 2) механотерапию;
- 3) працевидную повязку;
- 4) антибактериальную терапию;
- 5) электрофорез йодида калия;
- 6) противовоспалительную терапию.

36. Острый артрит клинически характеризуется:
- 1) болями в области височно-нижнечелюстного сустава;
 - 2) чрезмерной подвижностью нижней челюсти;
 - 3) ограничением открыванием рта;
 - 4) хрустом;
 - 5) болезненностью при пальпации области височно-нижнечелюстного сустава.
37. При деформирующем юношеском артрозе височно-нижнечелюстного сустава рентгенологически определяются:
- 1) неравномерное сужение суставной щели;
 - 2) расширение суставной щели;
 - 3) деформация суставной головки;
 - 4) уплощение суставного бугорка и суставной ямки;
 - 5) очаги остеосклероза в головке нижней челюсти.
38. Для лечения острого и обострения хронического артрита назначают:
- 1) щадящую диету;
 - 2) ограничение подвижности челюсти;
 - 3) механотерапию;
 - 4) седативные препараты;
 - 5) противовоспалительную терапию;
 - 6) жесткую пищу.
39. В комплекс лечения детей с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава входят:
- 1) щадящая диета;
 - 2) наложение пращевидной повязки;
 - 3) механотерапия;
 - 4) физиотерапия;
 - 5) антибактериальная терапия;
 - 6) остеотомия ветви нижней челюсти.
40. В комплекс лечения детей с вторичным деформирующим остеоартрозом входят:
- 1) механотерапия;
 - 2) ортодонтическое лечение;
 - 3) хирургическое лечение;
 - 4) логопедическое лечение;
 - 5) физиолечение.

ОТВЕТЫ:

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	2	15	2	29	1
2	3	16	3	30	1,3,5,6
3	2	17	3	31	2,4,5
4	2	18	2	32	1,2,4
5	2	19	1	33	1,3,5
6	3	20	4	34	1,4
7	2	21	1	35	1,2,5,7
8	3	22	2	36	1,3,5,6
9	2	23	2	37	1,3,5
10	2	24	2	38	1,3,4,5
11	2	25	1	39	1,2,4,5
12	2	26	3	40	1,2,4
13	3	27	2		
14	2	28	2		

4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

Рекомендуемая литература:

Основная:

- 1) Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах. Под ред. О.Ю. Кузнецовой, О.М. Лесняк и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.
- 2) Клиническая фармакология: нац. руководство ред. Ю. Б. Белоусов [и др.]. ГЭОТАР-Медиа, 2014. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428108.html>

Дополнительная:

- 1) Семейная медицина. Избранные лекции Под ред. О.Ю. Кузнецовой 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017
- 2) Отказ от курения: оказание медицинской помощи в первичном звене здравоохранения Электронный модуль системы Консультант врача Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю. Гэотар, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-2253.html>
- 3) Акушерство [Комплект]: национальное руководство ред. Э. К. Айламазян [и др.]. М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2013.
- 4) Дерматовенерология [Электронный ресурс]: национальное руководство под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427965.html>
- 5) Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html>
- 6) Неврология [Электронный ресурс]: национальное руководство
- 7) Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436202.html>
- 8) Оториноларингология. Национальное руководство. Краткое издание [Электронный ресурс] под ред. В.Т. Пальчуна М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427354.html>
- 9) Офтальмология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание Аветисов С. Э., Егоров Е. А., Мошетова Л. К., Нероев В. В., Тахчиди Х. П. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html>
- 10) Пульмонология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание под ред. А. Г. Чучалина М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru>
- 11) Гастроэнтерология [Электронный ресурс]: Национальное руководство: краткое издание под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434086.html>
- 12) Гериатрия: национальное руководство [Электронный ресурс] Под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018

Раздел 16: Амбулаторная хирургия и травматология в практике семейного врача

Тема 16.1. Амбулаторная анестезия

Цель: закрепление знаний и навыков по тактике проведения амбулаторной анестезии врачом общей практики

Задачи:

Рассмотреть основные местные анестетики и их основные свойства

Рассмотреть основные виды амбулаторной анестезии (контактная, инфильтрационная и проводниковая анестезия),

Изучить нормативную и учетно-отчетную документацию по тактике проведения амбулаторной анестезии

Изучить алгоритм проведения амбулаторной анестезии у пациентов с хирургическими заболеваниями/состояниями и травмами в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучить методам проведения амбулаторной анестезии у пациентов при хирургических заболеваниях/состояниях и травмах

Обучающийся должен знать: характеристики основных местных анестетиков и их основные свойства, основные виды амбулаторной анестезии (контактная, инфильтрационная и проводниковая анестезия), стадии и течение местной анестезии, показания к направлению на консультацию специалиста, принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП.

Обучающийся должен уметь: осуществлять выборместных анестетиков и вида амбулаторной анестезии (контактная, инфильтрационная и проводниковая анестезия), проводить диагностику хирургического заболевания/травмы, проводить динамическое наблюдение за пациентами, оказывать первичную врачебную помощь и осуществлять лечение, наблюдение за пациентами при проведении местной анестезии.

Обучающийся должен владеть: технологиями местной анестезии в условиях общей врачебной практики.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

Алгоритм проведения премедикации

Характеристика лекарственных препаратов для анестезии в амбулаторной практике

Характеристика методов анестезии

Алгоритм проведения местной инфильтрационной анестезии

Требования к проведению региональной проводниковой анестезии

Региональная проводниковая анестезия Кисти по Лукошевичу-Оберсту Алгоритм проведения

Региональная проводниковая анестезия Стопы по Лукошевичу-Оберсту Алгоритм проведения

Седация под контролем сознания. Алгоритм проведения

Диагностические критерии анафилактического шока, экстренная помощь.

1. Практическая работа.

1. Практическая работа. Отработка практического навыка (местная анестезия)

№	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ
1*	Подготовить необходимое оснащение (проверить наличие)	• Раствор местного анестетика (н-р, Новокаин 0,25% — до 500 мл, Новокаин 0,5% — до 250 мл) • стерильный лоток • марлевые салфетки • два пинцета • шприц 20 мл • иглы инъекционные для внутримышечной инъекции • 1% раствор йодоната • 70% раствор этилового спирта • резиновые перчатки
2*	Подготовка пациента	Получение информированного согласия пациента. Позиционирование пациента.
3*	Подготовка рук врача к проведению исследования	Обработать руки гигиеническим способом, надеть перчатки
4	Подготовка рабочего поля	Обработать 2 раза кожу стерильной марлевой салфеткой на пинцете сначала с йодонатом, потом со спиртом от центра к периферии
5	Обезболивание кожи	• Набрать в шприц раствор местного анестетика • Вести инъекционную иглу внутрикожно • Ввести медленно анестетик до образования «лимонной корочки»
6*	Расширение области обезболивания	Продвинуть иглу вглубь тканей послойно (подкожно, внутримышечно) и ввести анестетик

7	Завершение манипуляции	Удалить иглу и проводить манипуляцию через 3-5 минут

2. Задания для групповой работы. Вариант задания - ролевая игра: проведение анестезии перед первичной хирургической обработкой раны.

3. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач)

1) Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Определить и обосновать неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составить алгоритм оказания неотложной помощи и обосновать каждый этап.
3. Тактика дальнейшего ведения пациента. Профилактика.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В перевязочном кабинете выполнен ПХО раны с использованием раствором новокаина. После введения больной пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. Объективные данные: выраженная бледность, цианоз, обильный пот, тахикардия 120 уд в мин слабого наполнения и напряжения, артериальное давление резко снизилось до 70/40; появилось ощущение покалывания, зуд кожи лица, чувство страха, ощущение тяжести за грудиной и затрудненное дыхание.

1. Предварительный диагноз. У пациента развился анафилактический шок 1 степени на новокаин или пенициллин. После введения лекарственных средств резко ухудшилось состояние, появились нарушения гемодинамики – падение АД, тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи

Алгоритм действий при первых признаках анафилаксии:

- 1) прекратить введение триггерного препарата;
- 2) оценить уровень сознания. Если пациент в сознании – спросить «Как Вы себя чувствуете?», если ответа не последовало – возможны проблемы с дыханием;
- 3) провести мониторинг витальных функций:
 - пульсоксиметрия,
 - ЭКГ,
 - неинвазивное АД;
- 4) обеспечить венозный доступ, а если нет возможности обеспечить венозный доступ, то возможно внутрикостное введение инфузионных растворов при условии соблюдения техники данного доступа и наличии специального набора для внутрикостного введения лекарственных препаратов и растворов.

Диагностика и лечение аллергических реакций по системе ABCDE :

• А – airway (дыхательные пути). Осмотреть дыхательные пути на наличие обструкции: тяжёлая обструкция сопровождается парадоксальными движениями грудной клетки и живота с участием вспомогательной мускулатуры; цианоз – поздний симптом обструкции.

Ингаляция высокого потока увлажненного кислорода (> 10 л/мин) с дальнейшим титрованием для поддержания целевой SpO₂= 94–98%, но не менее 90–92%. Следует предусмотреть возможность трудной интубации в результате отёка глотки или трахеи; если черты лица пациента меняются на глазах – показана немедленная интубация трахеи – через минуту может оказаться уже технически невозможно интубировать! Альтернатива в этих ситуациях – коникотомия.

• В – breathing (дыхание). Подсчитать ЧДД (в норме 12–20 дыханий в минуту у взрослых), более высокая ЧДД – риск резкого ухудшения. Оценить глубину и ритм дыхания, равномерность дыхания с обеих сторон. PaCO₂ – основной критерий адекватности вентиляции, при необходимости проведение ИВЛ по данным газов крови и клиническим показаниям;

• С – circulation (кровообращение). Шок чаще всего связан с гиповолемией вследствие вазодилатации, увеличения проницаемости сосудов и потерей внутрисосудистого объёма.

Низкое диастолическое давление предполагает артериальную вазодилатацию, а снижение пульсового давления – артериальную вазоконстрикцию.

• D – disability (отсутствие сознания)

Необходимо:

– уложить пациента с опущенной головой, придать возвышенное положение нижним конечностям с целью притока крови к головному мозгу; расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить проходимость дыхательных путей, доступ свежего воздуха (при возможности наладить кислородотерапию) и позвать

на помощь через третье лицо (работа в команде позволяет решать несколько задач одновременно);

- при необходимости приступить к реанимационным мероприятиям по протоколу АВС;
- обколоть место инъекции 0,1%-ным р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена;
- обеспечить венозный доступ и ввести внутривенно 0,1%-ный раствор адреналина 0,5 мл;
- осуществлять контроль за состоянием пациента (АД, ЧД, пульс, ЭКГ, пульсоксиметрия);
- положить на место инъекции пузырь со льдом;
- начать инфузию 0,9%-ного раствора хлорида натрия в объеме до 1000 – 2000мл;
- Гидрокортизон (в/м или медленно в/в);
- ввести внутривенно антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2 % раствор супрастина или 2 % раствор пипольфена или 1 % раствор димедрола);
- приготовиться к транспортировке пациента в отделение интенсивной терапии

2 балла: Алгоритм неотложной помощи составлен верно
 1 балл: Алгоритм оказания неотложной помощи приведён с небольшими неточностями
 0 баллов: Алгоритм оказания неотложной помощи не сформулирован.

3. Тактика дальнейшего ведения пациента. Профилактика.

Первостепенное значение в профилактике АШ отводится своевременно и подробно собранному анамнезу. Пациентам, склонным к аллергическим реакциям, необходимо иметь в постоянном доступе антигистаминные препараты (H1-гистаминоблокаторы и глюкокортикостероиды).

Человеку, перенесшему АШ, показано освобождение от прививок, не показано лечение антибиотиками пенициллинового ряда, использование новокаина.

Профилактика АШ с помощью фармакологических средств основывается на введении антигистаминных препаратов до назначения лекарственных средств или диагностических процедур с применением рентгенконтрастных медпрепаратов. С этой целью (с осторожностью) возможно использование глюкокортикостероидов.

Недопустима полипрогмазия у пациентов склонных к аллергическим реакциям.

Необходима консультация аллерголога-иммунолога.

4. Задания для групповой работы

Вариант задания – рассмотреть при работе в малых группах особенности проведение анестезии при первичной хирургической обработки раны.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы 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*

Стадии и течение местной анестезии

Осложнения местной анестезии

Определение понятия «шок», виды шока.

Диагностические критерии анафилактического шока.

Современные принципы интенсивной терапии анафилактического шока.

Профилактика анафилактического шока.

Клиника анафилактического шока, тактика неотложной помощи

Последовательность действий при выполнении медикаментозной блокады

Аптечка неотложной помощи – требования к составу и хранению

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Укажите один правильный ответ

Тестовые вопросы

1. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:
 - a. Оберста-Лукашевича
 - b. Брауна
 - c. инфильтрационную местную анестезию

- d. блокаду плечевого сплетения
 - e. все верно
2. При паравerteбральной блокаде подведение раствора новокаина осуществляется:
- a. к остистым отросткам позвонков
 - b. к поперечным отросткам позвонков
 - c. к телам позвонков
 - d. в перидуральное пространство
3. При проведении блокады межреберных нервов введение новокаина осуществляется:
- a. под нижний край ребра
 - b. под верхний край ребра
 - c. в середине межреберного промежутка
 - d. в любом из вышеперечисленных мест
4. Для циркулярной новокаиновой блокады поперечного сечения конечности характерно все, кроме:
- a. использования при открытых переломах длинных трубчатых костей
 - b. применения 0,25% раствора новокаина
 - c. введения новокаина в фасциальные футляры мышц
 - d. введение производится циркулярно, игла вкалывается в радиальном к кости направлении
5. При проведении вагосимпатической блокады по Вишневскому введение иглы с раствором новокаина осуществляют:
- a. у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше перекреста ее наружной яремной веной
 - b. у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы ниже перекреста ее наружной яремной веной
 - c. у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше перекреста ее наружной яремной веной
 - d. между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Эталоны ответов

1. б, 2. Б, 3. В, 4. Б, 5. Б, 6.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_М е диа, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: н ац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

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

1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб.	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТА Р-Медиа, 2015. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html		+
3	Хирургические болезни и травмы в общеврачебной практике: учеб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 624с.		+

Тема 16.2. Первичная хирургическая обработка раны

Цель: отработка умений и навыков по первичной хирургической обработке ран в амбулаторных условиях врачом общей практики

Задача: отработать алгоритм обработки рук, первичной хирургической обработки раны, остановки кровотечения, наложения швов в смоделированных условиях

Обучающийся должен знать: асептику и антисептику, алгоритм обработки рук, методику стерилизации инструментария, перевязочного и шовного материала; алгоритм первичной хирургической обработки раны, методику утилизации медицинских отходов (биологического материала, шприцов, игл, перчаток, разового инструментария, лекарственных препаратов и т.д.)

Обучающийся должен уметь: обработать руки перед первичной хирургической обработкой раны; провести первичную хирургическую обработку раны по алгоритму, утилизировать медицинские отходы (биологического материала, шприцов, игл, перчаток, разового инструментария, лекарственных препаратов и т.д.) в амбулаторных условиях

Обучающийся должен владеть: методиками обработки рук, первичной хирургической обработки раны, утилизации отходов в условиях общей врачебной практики

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

Ответить на вопросы по теме занятия.

Асептика и антисептика. Техника обработки рук

Стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала

Алгоритм первичной хирургической обработки раны

Утилизация медицинских отходов (биологического материала, шприцов, игл, перчаток, разового инструментария, лекарственных препаратов и т.д.)

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий- отработка практических навыков по теме занятия в смоделированных условиях.

Алгоритм первичной хирургической обработки поверхностной раны

№	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ
1*	Создание комфортных и безопасных условий осмотра	Плотно закрыть дверь или поместить пациента за ширму на время манипуляции
2	Придание пациенту исходного положения	Лежа на спине или на животе

3	Правильно подготовлено оснащение	1) шприцы 5-10 мл с иглами длиной 5-12 см, диаметром 1-2 мм; 2) раствор анестетика; 3) стерильный лоток; 4) стерильные остроконечный и брюшистый скальпель; 5) стерильные анатомический и хирургический пинцеты, крючки Фарабефа, ранорасширитель; 6) кровоостанавливающие зажимы (4-5 зажимов Бильрота, 1-2 зажима Кохера, 2 москита); 7) костные распаторы и кусачки; 8) кожные иглы (круглые и режущие) со стерильным шовным материалом (капрон, лавсан, различные атравматические нити); 9) изотонический раствор хлорида натрия, антибиотики широкого спектра действия, водорастворимая мазь с антибиотиком; 10) перевязочный материал, ватные тампоны, операционное белье; 11) бельевые цапки, корнцанг, 12) антисептический раствор; 13) ножницы (прямые, изогнутые и сосудистые); 14) дренажные трубки; 15) стерильные перчатки
4*	Правильная подготовка рук врача к проведению исследования	Руки обработаны хирургическим способом и надеты перчатки
5	Техника выполнения	
5.1	Наружная обработка раны	сильно загрязненную рану промывают раствором антисептика или 0,9% раствором NaCl, с кожи вокруг раны удаляют загрязнения, кровь и сбривают волосы на расстоянии около 10-12 см. Кожу обтирают салфетками и обрабатывают настойкой йода.
5.2	Местная анестезия	Ограничивают операционное поле стерильным бельем или салфетками, производят местную анестезию (нельзя вкалывать иглу через раневую поверхность во избежание инфицирования). Местная инфильтрационная анестезия раствором анестетика (с учетом индивидуальной переносимости); общая анестезия.
5.3	Внутренняя обработка раны	Рассекают ткани по ходу раневого канала: кожу, подкожную жировую клетчатку, фасции, апоневроз. Нежизнеспособные ткани удаляют окаймляющим разрезом. Производят гемостаз. Крючками раздвигают края раны. Производят ревизию содержимого раны, удаляют сгустки крови, инородные тела, свободно лежащие костные фрагменты. Иссекают разможенные нежизнеспособные мышцы. Промывают рану растворами перекиси водорода, антисептиков. Производят гемостаз.
6	Завершение процедуры	Для обеспечения свободного оттока отделяемого при глубоких ранах накладывают контрапертуру (противоотверстие) в противоположном углу раны, проходя при этом мягкие ткани тупо, а кожу рассекая над кровоостанавливающим зажимом; через нее выводят дренажную трубку с боковыми отверстиями. Рану присыпают антибиотиком и (или) обкалывают 0,25 % раствором анестетика с антибиотиком. Накладывают швы, вводят дренажную трубку или тампоны с мазью.

3. Индивидуальное задание – выполнить первичную хирургическую обработку раны и

продемонстрировать навык наложения швов на видеокамеру; сделать краткий ролик – видеоотчёт.

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

Асептика и антисептика. Техника обработки рук

Стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала

Алгоритм первичной хирургической обработки раны

Утилизация медицинских отходов (биологического материала, шприцов, игл, перчаток, разового инструментария, лекарственных препаратов и т.д.)

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. По отношению к полостям тела различают раны:

- а) «укушенные»;
- б) проникающие;
- в) зияющие;
- г) не проникающие;
- д) рубленые.

Ответ: (б)

2. В первичную хирургическую обработку раны входят:

- а) туалет поверхности раны;
- б) рассечение раны;
- в) иссечение нежизнеспособных и загрязненных тканей;

- г) дренирование раны;
- д) местная антибактериальная терапия.

Ответ: (а, б, в, г)

3. Сроки проведения первичной хирургической обработки раны от момента травмы:

- а) 1-2 часа;
- б) 6-8 часов;
- в) до 24 часов;
- г) до 2 суток;
- д) в любые сроки от момента травмы.

Ответ: (д)

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_М е диа, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: н ац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Налич ие в ЭБС
1	Семейная медици на. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб.	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресур с]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 201 5. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html		+
3	Хирургические болезни и травмы в общеврачебной практике: учеб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.:ГЭОТАР- Медиа,2008 .- 624с.		+

Тема 16.3. Хирургические состояния/заболевания, встречающиеся в ОВП

Цель: закрепление знаний и навыков по тактике ведения пациентов с хирургическими

состояниями/заболеваниями в амбулаторных условиях врачом общей практики

Задачи:

Рассмотреть основные этиопатогенез и клинические проявления хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях, диагностику, лечение, и диспансерное наблюдение ВОП/СВ

Изучить нормативную и учетно-отчетную документацию по тактике ведения пациентов с хирургическими состояниями/заболеваниями в условиях общей врачебной практики

Изучить маршрутизацию пациентов с хирургическими заболеваниями/состояниями в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучить методам профилактики и реабилитации пациентов с факторами риска хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучающийся должен знать: этиологию и патогенез наиболее распространенных заболеваний, особенности проявления клиники и течения заболеваний, показания к направлению на консультацию специалиста, принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой

здравоохранения и принципы оказания ПМСП, основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у нуждающихся в медицинской реабилитации.

Обучающийся должен уметь: проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни, проводить динамическое наблюдение за пациентами, реабилитацию, оказывать первичную врачебную помощь и осуществлять лечение наблюдения и реабилитации и профилактики наиболее распространенных заболеваний, проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства

Обучающийся должен владеть: технологиями диагностики наиболее распространенных заболеваний, методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения, реабилитации пациентов в амбулаторном звене.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

Синдром острой боли в животе, алгоритм действий ВОП/СВ

Желудочно-кишечные кровотечения, алгоритм действий ВОП/СВ

Острая задержка мочи, алгоритм действий ВОП/СВ

Кишечная непроходимость, алгоритм действий ВОП/СВ

Желтуха (подпеченочная), алгоритм действий ВОП/СВ

Острая артериальная непроходимость, алгоритм действий ВОП/СВ

Переменяющая хромота, алгоритм действий ВОП/СВ

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Установите индикаторы серьезного заболевания, факторы риска. Предварительный диагноз. Дифдиагноз. План обследования, лабораторно-инструментального дообследования. Тактика ведения пациента врачом общей практики.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

На приеме ВОП мужчина 50 лет, предъявляющий жалобы на чувство переполненности прямой кишки, боль и зуд в области заднего прохода, кровотечение, возникающее во время дефекации.

Предварительный диагноз: Геморрой

Индикаторы серьезного заболевания: Пропалс геморроидальных узлов. Невозможность ручного вправления геморроидальных узлов. Тромбоз узлов. Ущемление узлов. Профузное кровотечение. Персистирующее кровотечение. Боль высокой интенсивности. Инфицирование перианальных тканей. Симптомы геморроя, мешающие повседневной активности. Психосоциальные факторы риска хронизации процесса и инвалидизации. Психоэмоциональные нарушения, вызывающие спазм внутреннего сфинктера. Слизоотделение из прямой кишки, мокнутие, зуд и мацерация кожи перианальной области. Злоупотребление алкоголем.

Факторы риска: Беременность; ожирение; портальная гипертензия; повышенное внутрибрюшное давление; высокая масса внутренних органов; подъем тяжестей; частые и длительные натуживания во время дефекации; твердый кал; понос; диета, бедная клетчаткой; малоподвижный образ жизни; наследственная предрасположенность.

Ведение пациента

Анамнез. Необходимо обратить внимание на симптомы (их продолжительность, наличие пролапса геморроидальных узлов). Симптомы - чувство переполненности прямой кишки, боль и зуд в области заднего прохода, кровотечение, возникающее во время дефекации.

Осмотр. Наружный осмотр области заднего прохода (мацерация кожи промежности, наличие узлов); Пальцевое исследование прямой кишки (наличие узлов, исключение новообразований заднего прохода и прямой кишки).

Инструментальные исследования: Гемоглобин крови, гематокрит (диагностика анемии);

Ректороманоскопия (исключение колоректальных новообразований, воспалительных заболеваний кишечника, дивертикулеза, аденоматозных полипов, язв, трещин заднего прохода).

Лечение. При признаках серьезных проблем- консультация специалиста (хирург, проктолог).

При отсутствии признаков серьезных проблем - объяснить пациенту, что состояние является излечимым при соблюдении рекомендаций. Для достижения эффекта лечение должно включать в себя программу лечения кишечника и симптоматическую терапию. Продолжительность лечения – не менее 6 недель.

Программа коррекции работы кишечника. Снижение веса, физические упражнения. Необходимо избегать частых и продолжительных натуживаний во время дефекации.

Повышенный прием клетчатки и больших объемов жидкости (до 2-3 литров в сутки, без кофеина) – эффективный путь размягчения каловых масс и профилактики запоров. Оптимальная доза нерастворимой клетчатки – 25-30 г. в сутки. Большое количество клетчатки содержится в овощах и фруктах, отрубях, зернах, непросеянной муке, черном и отрубном хлебе, морской капусте.

В случае неэффективности диетотерапии следует применять слабительные препараты, стимулирующие перистальтику кишечника (фибогель 3,5г/сут; лактулоза-сироп 15-45мл/сут; макрогол 10-20г/сут; дюфалак, препараты метилцеллюлозы).

Симптоматическая терапия. Доказательств эффективности местной симптоматической терапии геморроя не существует, однако она широко используется.

Кремы/мази/суппозитории (анузол), содержащие успокаивающие вещества, могут назначаться в качестве смягчающего средства для успокаивающего эффекта. Назначаются по мере необходимости.

Местные анестетики (анестезин, лидокаин, бупивакаин, нефлуан, эмла) облегчают боль, жжение и зуд. Должны использоваться не более 5-7 дней, поскольку могут вызвать раздражение, повышенную чувствительность кожи ануса и системные аллергические реакции.

Противовоспалительные мази, кремы, суппозитории, содержащие кортикостероиды (преднизолон) применяют при воспалении и боли. Недопустимо применение при местном инфицировании. Рекомендовано назначение короткими курсами – не более 7 дней. Так же применяют комбинированные препараты с болеутоляющим, противовоспалительным и противоотечным действием (ультрапрокт).

Очень сильная боль может быть купирована при помощи льда. Пакет льда прикладывают к заднему проходу в течении 15-30 мин. Сильные болеутоляющие препараты могут потребоваться на короткое время.

При наличии психосоциальных факторов риска.Тщательная гигиена аноректальной области; применение сидячих ванночек с антисептиками. Коррекция эмоциональных расстройств и формирование положительной психической установки на адекватное лечение геморроя, отказ от курения и употребления алкоголя, наркотических веществ, кофе, увеличение физической активности пациентов.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Тучная женщина 60 лет, с длительным стажем курильщика, предъявляющая жалобы на чувство тяжести в ноге, распирающие боли, отек голени

Задача 2. На прием к ВОП/СВ пришла женщина с жалобами на боли в области соска левой молочной железы через два месяца после родов. Ареола отечна. Отмечаются припухлость, инфильтрация в нижней полуокружности ее с четкой флюктуацией в центре.

Задача 3

Мать привела на прием к ВОП/СВ мальчика 9 лет, которого беспокоят боли в 1 пальце правой кисти. Болеет в течение трех дней. При осмотре на ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца определяется участок припухлости мутно – белого цвета диаметром до 0,6 см., окруженный тонким пояском гиперемии.

4. Задания для групповой работы

Рассмотреть при работе в малых группах хирургические состояния/заболевания, встречающиеся в ОВП/СМ

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

- организация оказания ПМСП пациентам хирургического профиля врачом общей практики;
- организация лечения населения в домашних условиях;
- организация эвакуации больных в соответствующие хирургические стационары и консультативной помощи специалистов этих и других лечебных учреждений;
- врачебное наблюдение за перенесшими хирургические заболевания, травмы или оперативные вмешательства;
- медицинский контроль за состоянием здоровья населения, организация врачебно-трудовой экспертизы и диспансерного наблюдения;

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита проводится с:

- а) артритом;
- б) новообразованиями костей;
- в) тромбозом;
- г) остеохондропатиями;
- д) костно-суставным туберкулезом.

3. Основным возбудителем при остром гематогенном остеомиелите это:

- а) золотистый стафилококк;
- б) клебсиелла;
- в) энтерококк;
- г) бактероиды;
- д) кишечная палочка.

4. Хирургические перчатки стерилизуют:

- а) автоклавированием;
- б) в сухожаровом шкафу;
- в) газовой стерилизацией;
- г) химическими методами;
- д) ионизирующим излучением.

5. Виды терминальной анестезии:

- а) анестезия смазыванием;
- б) охлаждением;
- в) орошением;
- г) внутривенная;
- д) внутрикостная.

6. Стадии течения раневого процесса:

- а) фаза воспаления;
- б) фаза нагноения;
- в) фаза регенерации;
- г) фаза эпителизации и организации рубца;
- д) фаза восстановления раны.

7. Средняя продолжительность 1-й фазы раневого процесса:

- а) 1-2 дня;
- б) 2-8 дней;
- в) 3-5 суток;
- г) 10-12 суток;
- д) при наложении мажевой повязки на несколько часов.

8. Асептической раной является:

- а) колотая,
- б) операционная,
- в) случайная,
- г) резаная,
- д) проникающая.

9. Перечислите нозологические единицы, относящиеся к флегмонам:

- а) паротит;
- б) медиастенит;

- в) фурункул;
 - г) паранефрит;
 - д) тромбофлебит.
10. К первично-хроническим формам остеомиелита относится:
- а) абсцесс Броди;
 - б) альбуминозный остеомиелит Олье;
 - в) антибиотический остеомиелит;
 - г) склерозирующий остеомиелит Гарре;
 - д) свищевой остеомиелит.
11. В отделении ОВП врач решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для: (ПК5)
- 1) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
 - 2) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
 - 3) исследования недостаточности перфорантных вен
 - 4) диагностики окклюзии подколенной артерии
12. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:
- А) анализ кала на скрытую кровь;
 - Б) контрастную рентгеноскопию желудка;
 - В) анализ желудочного сока на скрытую кровь; -
 - Г) фибриогастроскопию;
 - Д) определение гемоглобина и гематокрита.
13. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
- А) рвота;
 - Б) желудочное кровотечение;
 - В) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости;
 - Г) частый жидкий стул
 - Д) икота.
14. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
- 1. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки;
 - 2. постбульбарные язвы;
 - 3. язвы большой кривизны желудка;
 - 4. язвы малой кривизны желудка.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
15. Для синдрома Мелори-Вейса характерно образование трещин в:
- А) абдоминальном отделе пищевода;
 - Б) кардиальном отделе желудка;
 - В) антральном отделе желудка;
 - Г) пилорическом отделе желудка;
 - Д) теле желудка.
16. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить:
- А) рентгенологическое исследование желудка;
 - Б) исследование желудочной секреции;
 - В) эндоскопическое исследование желудка;
 - Г) исследование морфологического состава крови;
 - Д) исследование кала на скрытую кровь.
17. Для холангита характерными являются:
- 1. лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой тектического типа;
 - 2. потрясающие ознобы;
 - 3. повышение потливости, жажда, сухость во рту;
 - 4. увеличение селезенки.
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

18. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

А) камнем пузырного протока;

Б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока;

В) вклиненным камнем большого дуоденального соска;

Г) вентильным камнем холедоха;

Д) опухолью внепеченочных желчных протоков.

19. Отличительным критерием септикопиемии от септицимии является:

А) бактериемия;

Б) снижение иммунологической реактивности организма;

В) гнойно-резорбтивная лихорадка;

Г) токсинемия;

Д) наличие метастатических гнойников.

Ответ: (Д)

20. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся:

1. групповая совместимость;

2. индивидуальная совместимость;

3. биологическая проба;

4. определение резус-совместимости;

5. определение резус-фактора,

А) если правильны ответы 1, 2 и 3;

Б) если правильны ответы 1 и 3;

В) если правильны ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Д)

21. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная, дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии – “коробочный” звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

А) фибринозный плеврит;

Б) инфаркт миокарда;

В) туберкулез легкого;

Г) спонтанный неспецифический пневмоторакс;

Д) ущемленную диафрагмальную грыжу.

22. Лечение больного с пневмотораксом начинается с:

А) противовоспалительного лечения;

Б) ваго-симпатической блокады;

В) плевральной пункции;

Г) дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости;

Д) торакотомии.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

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

1.	Общая врачебная национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_Ме диа, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: нац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Налич ие в ЭБС
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 201 5. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html		+
3	Хирургические болезни и травмы в общеврачебной практике: учеб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.:ГЭОТАР- Медиа,2008 . – 624с.		+

Тема 16.4. Индивидуальная тактика ведения пациента в пред- и послеоперационном периоде при проведении амбулаторных хирургических вмешательств

Цель: закрепление знаний и навыков по тактике пред- и послеоперационного ведения пациента с хирургическими состояниями/заболеваниями в амбулаторных условиях врачом общей практики

Задачи:

Рассмотреть основные принципы пред- и послеоперационного ведения пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях

Изучить нормативную и учетно-отчетную документацию по тактике пред- и послеоперационного ведения пациента

Изучить алгоритм пред- и послеоперационного ведения пациента с хирургическими заболеваниями/состояниями в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучить методам пред- и послеоперационного ведения пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучающийся должен знать: принципы пред- и послеоперационного ведения пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях при наиболее распространенных заболеваниях, особенности проявления клиники и течения заболеваний, показания к направлению на

консультацию специалиста, принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП, основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов при пред- и послеоперационном ведении пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях .

Обучающийся должен уметь: применить принципы пред- и послеоперационного ведения пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях при наиболее распространенных заболеваниях, проводить динамическое наблюдение за пациентами, реабилитацию, оказывать первичную врачебную помощь и осуществлять лечение наблюдение и реабилитацию и профилактику при осуществлении пред- и послеоперационного ведения пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях, проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства

Обучающийся должен владеть: технологиями пред- и послеоперационного ведения пациента хирургических заболеваний/состояний в амбулаторных условиях при наиболее распространенных заболеваний, диагностики наиболее распространенных заболеваний, методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения, реабилитации пациентов в амбулаторном звене.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

Методика оценки хирургического риска

Принципы учета и коррекция сопутствующих заболеваний/состояний

Особенности питания в предоперационной подготовке пациента

Профилактика антибиотиками в предоперационной подготовке пациента

Лабораторные исследования перед операцией

Подготовка пациента к амбулаторным хирургическим вмешательствам

Принципы послеоперационной помощи, режим, питание, обезбоживание, катетеры и дренажи

Послеоперационные раны, тактика ведения

Послеоперационные осложнения, тактика ведения

Алгоритм наложения повязок

Алгоритм снятия швов

Алгоритм остановки наружного кровотечения

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Определите дифференциально диагностический ряд, предварительный диагноз
2. Определите условия, которые необходимо соблюдать при лечении данной патологии
3. Определите вид оперативного вмешательства, который целесообразен в данной ситуации
4. Предположите, развитие каких осложнений возможно при данном заболевании
5. Определите трудоспособность пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 40 лет обратился к ВОП/СВ с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность боли нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

1. Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти.

2. Правило пяти О:

обстановка,
обезболивание,
обескровливание,
отток (операция)
обездвиживание.

3. Вскрытие и дренирование по Клапу.

4. Костный панариций, пандактилит, гнойный тенобурсит 5-го пальца, перекрестная и Пироговская флегмоны.

5. Выдача больничного листа с учетом профессии.

1) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1) Больная М., 52 лет, вызов на дом ВОП/СВ, 12 часов с момента заболевания. Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет. Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные., Предварительный диагноз Дифференциальный диагноз. Индикаторы серьезных состояний. Факторы риска. Тактика ведения.

2) Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5⁰С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем

применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флуктуация. Предварительный диагноз Дифференциальный диагноз. Индикаторы серьезных состояний. Факторы риска. Тактика ведения.

4. Задания для групповой работы. Рассмотреть при работе в малых группах принципы пред- и постоперационной подготовки различных групп пациентов (с учетом возраста и наличия факторов риска) в условиях ОВП/СМ.

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*

- Предоперационная подготовка пациента к амбулаторным хирургическим вмешательствам
- Работа пациентами- объяснение пациенту и его семье «за и против» оперативного вмешательства
- Пути обеспечения снижения предоперационных факторов риска - курения, приема лекарств (эстрогены, глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры)
- Послеоперационная помощь и последующее продленное ведение пациента после оперативного вмешательства

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

Инструкция. Указать один правильный ответ:

12. ВОП должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- 1) сосудов головного мозга
- 2) коронарных артерий
- 3) легочной артерии
- 4) легочных вен
- 5) артерий почек и печени

13. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- 1) антикоагулянтов
- 2) дезагрегантов
- 3) лечебной физкультуры
- 4) длительного постельного режима
- 5) компрессионной терапии нижних конечностей

14. Амбулаторное применение какого препарата требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови?

- 1) фенилина
- 2) трентала
- 3) антибиотиков
- 4) курантила
- 5) венорутон

15. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) трофическую язву голени
- 2) эмболию легочной артерии
- 3) посттромбофлебитическую болезнь
- 4) хроническую венозную недостаточность

16. При беседе с больным в условиях амбулатории ВОП сказал, что к варикозной болезни может привести все, кроме:

- 1) беременности
- 2) статической нагрузке
- 3) облитерирующих заболеваний артерий
- 4) непроходимости глубоких вен
- 5) генетической предрасположенности

17. На прием к ВОП экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра. Какой метод временной остановки кровотечения не следует использовать в данном случае?

- 1) прижатие питающего сосуда к кости
- 2) тугая тампонада раны
- 3) жгут на конечность
- 4) наложение зажима в ране
- 5) наложение сосудистого шва

18. На прием к ВОП привели больного с признаками острой артериальной ишемии нижней конечности. Что нельзя отнести к характерным симптомам данной патологии?

- 1) бледность кожи
- 2) похолодание кожи
- 3) отсутствие или ослабление пульса ниже уровня окклюзии
- 4) периодические судороги в голени
- 5) постоянные боли в колене

19. Какие препараты можно не применять на догоспитальном этапе при острой артериальной ишемии нижней конечности?

- 1) спазмолитики
- 2) гепарин
- 3) антибиотики
- 4) кардиотропные

20. В отделение ОВП обратился больной 65 лет с жалобами на онемение правой нижней конечности, похолодание и постоянные боли в ней. Болен 8 часов. В анамнезе – перенесенный инфаркт миокарда. При объективном исследовании выявлены: фибрилляция предсердия; движения в конечности сохранены; пульс на правой подколенной артерии и артериях стопы не обнаружен. Поставлен диагноз: острая артериальная ишемия. Укажите стадию заболевания:

- 1) 1А
- 2) 1Б
- 3) 2А
- 4) 2Б
- 5) 3А-Б

21. При осмотре на дому больного 68 лет ВОП/СВ выявил следующее данные: болен 2 суток, жалуется на сильные постоянные боли в левой нижней конечности, имеются отек тканей, бледность и похолодание кожных покровов, тотальная мышечная контрактура. Пульсации периферических сосудов и глубокой чувствительности на уровне голени и стопы не обнаружено. Установлен диагноз: острая артериальная ишемия, стадии 3 Б. какая экстренная операция в условиях стационара показана больному?

- 1) протезирование сосуда
- 2) первичная ампутация

- 3) наблюдение и консервативная терапия
- 4) рентгеноэндоваскулярное исследование

22. Длительное время больной 56 лет находился на консервативном лечении в поликлинике по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Что не может явиться показанием к оперативному лечению у этого больного?

- 1) 1 стадия заболевания
- 2) 2Б стадия заболевания
- 3) 3 стадия заболевания
- 4) 4 стадия заболевания

23. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого 2 года назад в стационаре выполнено протезирование подвздошно – бедренного сегмента справа синтетическим протезом. В последний месяц больной отмечает у себя периодические боли в мышцах голени при ходьбе, чувство «усталости» в нижней конечности, ее похолодание. Какое из наиболее вероятных осложнений после операции могло развиться у данного больного?

- 1) тромбоз протеза
- 2) плоскостопие
- 3) ангиотрофоневроз
- 4) флеботромбоз
- 5) посттромботическая болезнь

24. Какое лечение должен рекомендовать больному амбулаторный хирург в первой стадии облитерирующего энтерита?

- 1) симпатэктомию
- 2) первичную ампутацию
- 3) консервативную терапию
- 4) реконструктивную операцию на сосудах

25. В поликлинику к хирургу обратился больной с 3 стадией облитерирующего атеросклероза. Какие симптомы при этом будут у больного?

- 1) боли в покое
- 2) влажность кожных покровов
- 3) плоскостопие
- 4) симптом Гоманса
- 5) анемия

26. При осмотре больного в поликлинике ВОП/СВ заподозрена эмболия правой подколенной артерии. Для данного заболевания не характерна:

- 1) фибрилляция предсердий
- 2) отсутствие пульсации на стопе
- 3) отсутствие пульсации на правой бедренной артерии
- 4) боли в правой голени
- 5) бледность кожи стопы

27. В поликлинике ВОП/СВ выявил у больного 48 лет явления острой артериальной ишемии правой нижней конечности 1Б стадии. Что должен сделать ВОП/СВ?

- 1) назначить консервативное лечение в условиях поликлинике
- 2) сделать разрезы на стопе
- 3) срочно направить в ангиологический стационар
- 4) провести гипербарическую оксигенацию
- 5) рекомендовать первичную ампутацию конечности

28. Что может рекомендовать ВОП/СВ для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- 1) регулярное плавание

- 2) компрессионную терапию нижних конечностей
- 3) теплые термальные и плавательные бассейны
- 4) препараты с венотоническим действием
- 5) все верно

28. Что следует предпринять ВОП/СВ при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?

- 1) внутримышечно ввести викасол
- 2) прижать бедренную артерию
- 3) придать конечности возвышенное положение
- 4) наложить давящую повязку на место кровотечения и направить в стационар
- 5) внутривенно перелить донорскую кровь

29. Длительное время больной 56 лет находился на консервативном лечении в поликлинике по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Что не может явиться показанием к оперативному лечению у этого больного?

- 1) 1 стадия заболевания
- 2) 2Б стадия заболевания
- 3) 3 стадия заболевания
- 4) 4 стадия заболевания

30. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого 2 года назад в стационаре выполнено протезирование подвздошно – бедренного сегмента справа синтетическим протезом. В последний месяц больной отмечает у себя периодические боли в мышцах голени при ходьбе, чувство «усталости» в нижней конечности, ее похолодание. Какое из наиболее вероятных осложнений после операции могло развиться у данного больного?

- 1) тромбоз протеза
- 2) плоскостопие
- 3) ангиотрофоневроз
- 4) флеботромбоз
- 5) посттромботическая

31. Основные принципы профилактики венозных тромбозов включают:

1. Нормализацию реологических показателей крови;
2. соблюдение строго постельного режима при обширных инфарктах миокарда в течение длительного времени;
3. рациональную лечебную физкультуру;
4. длительную иммобилизацию конечностей при переломах длинных трубчатых костей.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;
Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Б)

32. Лечение и профилактика послеоперационных и послеродовых тромбозов и эмболий включает:

1. раннюю физическую активизацию в послеоперационном и послеродовом периодах;
2. профилактику респираторного дистресссиндрома;
3. рациональную антибиотикотерапию при септических осложнениях
4. длительный постельный режим.

- А) - если правильны ответы 1, 2 и 3;
Б) - если правильны ответы 1 и 3;
В) - если правильны ответы 2 и 4;
Г) - если правильный ответ 4;

Д) - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

Эталоны ответов

1. Б, 2. Б, 3. В, 4. Б, 5. Б, 6.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Общая врачебн ая практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_М е диа, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: н ац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Налич ие в ЭБС
1	Семейная медици на. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб.2017	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресур с]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТА Р- Медиа, 201 5. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432655.html		+
3	Хирургические болезни и травмы в общеврачебной практике: учеб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.:ГЭОТАР- Медиа,2008 . – 624с.		+

Тема 16.5. Травмы, наиболее часто встречающиеся в ОВП

Цель: закрепление знаний и навыков по тактике ведения пациентов с наиболее часто встречающимися травмами в амбулаторных условиях врачом общей практики

Задачи:

Рассмотреть основные этиопатогенез и клинические проявления при наиболее часто встречающихся травмах в амбулаторных условиях

Изучить нормативную и учетно-отчетную документацию по тактике ведения пациентов с травмами

Изучить алгоритм ведения пациентов с наиболее часто встречающимися травмами в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучить методам профилактики и реабилитации у пациентов с факторами риска наиболее часто встречающихся травм в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучающийся должен знать: этиологию и патогенез наиболее распространенных травм, особенности проявления клиники и течения заболеваний, показания к направлению на консультацию специалиста, принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП, основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у нуждающихся в медицинской реабилитации.

Обучающийся должен уметь: проводить раннюю диагностику травм, проводить динамическое наблюдение за пациентами, реабилитацию, оказывать первичную врачебную помощь и осуществлять лечение наблюдение и реабилитацию и профилактики наиболее распространенных заболеваний, проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства

Обучающийся должен владеть: технологиями диагностики наиболее распространенных

травм, методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения, реабилитации пациентов в амбулаторном звене.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

2. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Дать краткое определение каждому из вариантов травм.
- 2) Абсолютные признаки переломов.
- 3) Абсолютные признаки вывихов.
- 4) Что характерно для термического ожога III степени?
- 5) Что характерно для отморожения III степени?
- 6) Особенности обработки ран при химических ожогах.
- 7) Какова минимальная площадь ожога, которая может привести к шоку?
- 8) Какие ожоги относятся к поверхностным?
- 9) Какие средства следует применять при обработке ожоговой поверхности?
- 10) Какие факторы влияют на степень отморожения?

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач), обследование и оказание первой врачебной помощи пациентам с травмами в амбулаторных условиях.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Установите индикаторы серьезного заболевания, факторы риска. Предварительный диагноз. Дифдиагноз. План обследования, беседы с пациентом, лабораторно-инструментального дообследования. Тактика ведения пациента врачом общей практики.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1.

Женщина 30 лет пришла на прием к ВОП/СВ с повторными травмами типичной локализации, выглядит испуганно, смущенно, о происхождении повреждений говорит неохотно.

Признаки наличия серьезных проблем. Телесные повреждения (растяжения, разрывы, переломы, ожоги, синяки; типичная локализация – лицо, затылок, грудь, живот, тазовая область, следы удушения на шее, следы захвата на верхней части рук). О высокой вероятности насилия свидетельствуют:

повторяющиеся хронические травмы, травмы на разных стадиях заживления, многочисленные повреждения в разных местах (кроме случаев автокатастрофы или подобных).

Травмы груди и живота у беременной; «спонтанные» аборты, ранние роды в сочетании с другими факторами риска.

Явные признаки сексуального насилия, суицидальные попытки, выраженная депрессия жестокое обращение с детьми в семье, Другие возможные проявления ДН

Хронические боли, психогенические боли или боли вследствие диффузной травмы без видимых проявлений. Физические симптомы, связанные со стрессом, прочие нервные нарушения или депрессия:

расстройства сна и аппетита, усталость, снижение концентрации, половые расстройства хронические головные боли, жалобы на расстройства желудочно-кишечного тракта головокружения, сердцебиения, парестезию, одышку, нетипичные грудные боли

Гинекологические отклонения, частые инфекции мочеполовой системы, диспареуния, боли в тазовой области.

Частое использование выписанных слабых транквилизаторов или обезболивающих препаратов. Частые визиты с неопределенными жалобами или симптомами без признаков физического недомогания.

Плохое питание, депрессия, позднее или нерегулярное обращение в женскую консультацию при беременности; нежелательная беременность, короткие интервалы между беременностями.

Приступы паники или другие симптомы нервного возбуждения; злоупотребление алкоголем или наркотиками; посттравматические стрессовые реакции и/или нарушения.

Отсроченное обращение за медицинской помощью при травмах.

Психосоциальные факторы риска

Со стороны мужа (партнера) – злоупотребление алкоголем или наркотиками; властный, агрессивный стиль поведения; ревность; психическое заболевание с проявлениями агрессивности, был жертвой насилия в детстве.

Со стороны женщины – насилие в анамнезе (в т.ч. в детстве, в предыдущем браке), финансовая зависимость от мужа.

Обследование

При подозрении на ДН врач должен инициировать опрос – женщины сами редко жалуются на плохие взаимоотношения в семье и насилие.

Общие принципы опроса на предмет ДН – вести разговор наедине с пациенткой; верить женщине;

говорить о проблеме насилия открыто; объяснить, что ДН является распространенной проблемой;

заботиться прежде всего о безопасности женщины;

предложить варианты выхода из создавшегося положения;

дать женщине возможность самостоятельно принимать решения.

Не следует: упрекать и осуждать женщину; отрицать возможность ДН; назначать женщине седативные средства, направлять к психиатру; преуменьшать значение проблемы.

Успех опроса в существенной мере зависит от доверительных отношений пациентки с врачом

Рекомендуемые вопросы для выявления ДН при телесных повреждениях:

Вам кто-то нанес телесные повреждения? Это от побоев? Травмы подобного рода обычно бывают нанесены кем-то. Не так ли произошло с Вами? У Вас много синяков. Откуда они?

Кто Вас ударил? Употребляет ли Ваш муж спиртное, наркотики? Если да, то как он ведет себя по отношению к Вам и детям?

В случае симптомов волнения или депрессии или попытки самоубийства: что сейчас волнует вас больше всего в вашей жизни? При подозрении на депрессию можно использовать стандартные вопросы для выявления депрессии. Вопросы для обычной оценки риска ДН- следует начинать с объяснения, что такие вопросы задают всем пациентам: какие у Вас отношения с мужем (партнером) – хорошие, удовлетворительные, конфликтные? У всех бывают неурядицы дома. Бывает, что Вы ссоритесь? Как выражаются ваши разногласия или споры? Вы когда-либо испытываете страх перед вашим партнером? Относился ли когда-либо ваш муж (партнер) к Вам плохо? Как это проявлялось? Были ли случаи, когда ваш партнер не позволил вам выйти из дома, встретиться с друзьями, устроиться на работу, продолжить образование? Пытается ли ваш партнер контролировать ваше поведение? Какими способами? Угрожал ли вам когда-либо ваш партнер? Портил ли он когда-либо вещи, которыми вы дорожите? Угрожал ли он или обращался ли жестоко с вашими детьми?

Принуждал ли он вас когда-либо к сексу, когда вы этого не хотели? Можно ли сказать ему “нет”?

Вы упоминали, что ваш партнер пьет/употребляет наркотики. Как он себя ведет под их влиянием? Случается ли, что он агрессивен на словах или в поведении? Случалось ли, чтобы ваш партнер вас ударил, толкнул, схватил? Чувствуете ли вы, что “ходите на цыпочках” вокруг него?

Случалось ли, чтобы он ударил вас во время вашей беременности? Есть ли у вас в доме оружие? Угрожал ли когда-либо ваш партнер применить его, когда был рассержен?

Ведение пациента.

Для оказания помощи женщинам, пострадавшим от ДН, в некоторых регионах существуют специальные службы (телефоны доверия, центры по борьбе с насилием в семье и т.п.). Необходимо знать, существуют ли подобные структуры в регионе, их адрес и телефон.

Лечение травм. Регистрация факта насилия в медицинской документации путем детального описания обнаруженных признаков. При необходимости назначение посткоитальной контрацепции. Следует убедиться, что женщина в настоящий момент находится в безопасности и помочь ей в обеспечении безопасности. Вопросы, помогающие оценить безопасность. Есть ли у вас родственники или друзья, у которых вы можете пожить некоторое время? Где сейчас ваши дети (или другие зависимые от вас члены семьи)? Находятся ли они в безопасности? Могут ли они пострадать, если вы не вернетесь домой? Есть специальные службы, которые помогают женщинам с такими проблемами как у вас. Хотите прямо сейчас обратиться в такую службу? Если вы хотите возвратиться домой, давайте твердо договоримся о следующем визите и назначим его. Я дам Вам телефон службы, куда Вы можете обратиться за помощью (телефоны доверия, центры по борьбе с насилием в семье); Давайте подумаем, куда Вы сможете пойти, если Вам придется срочно покинуть дом.

При отсутствии серьезных проблем – информирование пациентки о возможных источниках поддержки в случаях проявления домашнего насилия (телефоны доверия, группы поддержки, центры

по борьбе с насилием в семье)

Задача 1. Тучная женщина 60 лет, с длительным стажем курильщика, предъявляющая жалобы на чувство тяжести в ноге, распирающие боли, отек голени

Задача 2. На прием к ВОП/СВ пришла женщина с жалобами на боли в области соска левой молочной железы через два месяца после родов. Ареола отечна. Отмечаются припухлость, инфильтрация в нижней полуокружности ее с четкой флюктуацией в центре.

Задача 3

Мать привела на прием к ВОП/СВ мальчика 9 лет, которого беспокоят боли в 1 пальце правой кисти. Болеет в течение трех дней. При осмотре на ладонной поверхности ногтевой фаланги пальца определяется участок припухлости мутно – белого цвета диаметром до 0,6 см., окруженный тонким пояском гиперемии.

4. Задания для групповой работы

Рассмотреть при работе в малых группах факторы риска хирургических состояний\ заболеваний и роль ВОП/СВ в их выявлении и профилактике.

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*

- организация оказания ПМСП пациентам хирургического профиля врачом общей практики;
- организация лечения населения в домашних условиях;
- организация эвакуации больных в соответствующие хирургические стационары и консультативной помощи специалистов этих и других лечебных учреждений;
- врачебное наблюдение за перенесшими хирургические заболевания, травмы или оперативные вмешательства;
- медицинский контроль за состоянием здоровья населения, организация врачебно-трудовой экспертизы и диспансерного наблюдения;

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля*

1. Дифференциальная диагностика хронического остеомиелита проводится с:

- а) артритом;
- б) новообразованиями костей;
- в) тромбофлебитом;
- г) остеохондропатиями;
- д) костно-суставным туберкулезом.

3. Основной возбудитель при остром гематогенном остеомиелите это:

- а) золотистый стафилококк;
- б) клебсиелла;
- в) энтерококк;
- г) бактероиды;
- д) кишечная палочка.

4. Хирургические перчатки стерилизуют:

- а) автоклавированием;
- б) в сухожаровом шкафу;
- в) газовой стерилизацией;
- г) химическими методами;
- д) ионизирующим излучением.

5. Виды терминальной анестезии:

- а) анестезия смазыванием;
- б) охлаждением;
- в) орошением;

- г) внутривенная;
 - д) внутрикостная.
6. Стадии течения раневого процесса:
- а) фаза воспаления;
 - б) фаза нагноения;
 - в) фаза регенерации;
 - г) фаза эпителизации и организации рубца;
 - д) фаза восстановления раны.
7. Средняя продолжительность 1-й фазы раневого процесса:
- а) 1 -2 дня;
 - б) 2-8 дней;
 - в) 3-5 суток;
 - г) 10-12 суток;
 - д) при наложении мажевой повязки на несколько часов.
8. Асептической раной является:
- а) колотая,
 - б) операционная,
 - в) случайная,
 - г) резаная,
 - д) проникающая.
9. Перечислите нозологические единицы, относящиеся к флегмонам:
- а) паротит;
 - б) медиастенит;
 - в) фурункул;
 - г) паранефрит;
 - д) тромбофлебит.
10. К первично-хроническим формам остеомиелита относится:
- а) абсцесс Броди;
 - б) альбуминозный остеомиелит Олье;
 - в) антибиотический остеомиелит;
 - г) склерозирующий остеомиелит Гарре;
 - д) свищевой остеомиелит.
11. В отделении ОВП врач решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для:
- 1) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
 - 2) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
 - 3) исследования недостаточности перфорантных вен
 - 4) диагностики окклюзии подколенной артерии
12. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:
- А) анализ кала на скрытую кровь;
 - Б) контрастную рентгеноскопию желудка;
 - В) анализ желудочного сока на скрытую кровь; -
 - Г) фибриогастроскопию;
 - Д) определение гемпглобина и гематокрита.
13. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
- А) рвота;
 - Б) желудочное кровотечение;
 - В) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости;
 - Г) частый жидкий стул
 - Д) икота.
14. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
- 1. язвы луковицы двенадцатиперстной кишки;
 - 2. Постбульбарные язвы;
 - 3. Язвы большой кривизны желудка;
 - 4. Язвы малой кривизны желудка.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

15. Для синдрома Мелори-Вейса характерно образование трещин в:

- А) абдоминальном отделе пищевода;
- Б) кардиальном отделе желудка;
- В) антральном отделе желудка;
- Г) пилорическом отделе желудка;
- Д) теле желудка.

16. У лиц с повышенным риском заболевания раком желудка следует ежегодно проводить:

- А) рентгенологическое исследование желудка;
- Б) исследование желудочной секреции;
- В) эндоскопическое исследование желудка;
- Г) исследование морфологического состава крови;
- Д) исследование кала на скрытую кровь.

17. Для холангита характерными являются:

1. лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой тектического типа;
2. потрясающие ознобы;
3. повышение потливости, жажда, сухость во рту;
4. увеличение селезенки.

- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- Б) если правильны ответы 1 и 3;
- В) если правильны ответы 2 и 4;
- Г) если правильный ответ 4;
- Д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Ответ: (Д)

18. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

- А) камнем пузырного протока;
- Б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока;
- В) вклиненным камнем большого дуоденального соска;
- Г) вентильным камнем холедоха;
- Д) опухолью внепеченочных желчных протоков.

19. Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является:

- А) бактериемия;
- Б) снижение иммунологической реактивности организма;
- В) гнойно-резорбтивная лихорадка;
- Г) токсинемия;
- Д) наличие метастатических гнойников.

Ответ: (Д)

20. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся:

1. групповая совместимость;
 2. Индивидуальная совместимость;
 3. Биологическая проба;
 4. Определение резус-совместимости;
 5. Определение резус-фактора,
- А) если правильны ответы 1, 2 и 3;
 - Б) если правильны ответы 1 и 3;
 - В) если правильны ответы 2 и 4;
 - Г) если правильный ответ 4;
 - Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Ответ: (Д)

21. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха.

Температура нормальная, дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии – “коробочный” звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

- А) фибринозный плеврит;
 - Б) инфаркт миокарда;
 - В) туберкулез легкого;
 - Г) спонтанный неспецифический пневмоторакс;
 - Д) ущемленную диафрагмальную грыжу.
22. Лечение больного с пневмотораксом начинается с:
- А) противовоспалительного лечения;
 - Б) ваго-симпатической блокады;
 - В) плевральной пункции;
 - Г) дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости;
 - Д) торакотомии.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_Мед и а, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: ац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ-СПб. 2017	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. http://www.rosme-dlib.ru/book/ISBN_9785970432655 .		+

3	Хирургические болезни и травмы в общеврачебной практике: уч еб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.:ГЭОТАР-Медиа,2008. – 624с.		+

Тема 16.6.Жизнеугрожающие состояния при травмах

Цель:закрепление знаний и навыков по тактике проведения пациентов с жизнеугрожающими состояниями врачом общей практики

Задачи:

Рассмотреть этиопатогенез жизнеугрожающих состояний при травмах

Рассмотреть клинические проявления жизнеугрожающих состояний при травмах

Изучить нормативную документацию по тактике ведения жизнеугрожающих состояний при травмах

Изучить алгоритмы экстренной помощи при жизнеугрожающих состояниях в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучить методам алгоритмы экстренной помощи при жизнеугрожающих состояниях

Обучающийся должен знать: характеристики жизнеугрожающих состояний при травмах, принципы диагностики и экстренной помощи и маршрутизацию пациента.

Обучающийся должен уметь: проводить раннюю диагностику при жизнеугрожающих состояниях, проводить динамическое наблюдение за пациентами, оказывать первичную врачебную помощь.

Обучающийся должен владеть: технологиями диагностики и первой врачебной помощи при наиболее распространенных заболеваниях(травмах), методиками организации маршрута пациента в амбулаторном звене.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

Диагностические критерии анафилактического шока, экстренная помощь.

Травматический шок. Диагностические критерии, экстренная помощь.

Наружные и внутренние кровотечения. Диагностические критерии, экстренная помощь.

Геморрагический шок. Диагностические критерии, экстренная помощь.

Наружные и внутренние кровотечения. Диагностические критерии, экстренная помощь.

Кома мозговая Диагностические критерии, экстренная помощь.

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задачи:

1. Определить и обосновать неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составить алгоритм оказания неотложной помощи и обосновать каждый этап.

3. Тактика дальнейшего ведения пациента. Профилактика.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В перевязочном кабинете выполнен ПХО раны с использованием раствором новокаина. После введения больной пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. Объективные данные: выраженная бледность, цианоз, обильный пот, тахикардия 120 уд в мин слабого наполнения и напряжения, артериальное давление резко снизилось до 70/40; появилось ощущение покалывания, зуд кожи лица, чувство страха, ощущение тяжести за грудиной и затрудненное дыхание.

1. Предварительный диагноз. У пациента развился анафилактический шок 1 степени на новокаин или пенициллин. После введения лекарственных средств резко ухудшилось состояние, появились нарушения гемодинамики – падение АД, тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи

Алгоритм действий при первых признаках анафилаксии:

1) прекратить введение триггерного препарата;

2) оценить уровень сознания. Если пациент в сознании – спросить «Как Вы себя чувствуете?», если ответа не последовало – возможны проблемы с дыханием;

3) провести мониторинг витальных функций:

– пульсоксиметрия,

– ЭКГ,

– неинвазивное АД;

4) обеспечить венозный доступ, а если нет возможности обеспечить венозный доступ, то возможно внутрикостное введение инфузионных растворов при условии соблюдения техники данного доступа и наличии специального набора для внутрикостного введения лекарственных препаратов и растворов.

Диагностика и лечение аллергических реакций по системе ABCDE :

• А – airway (дыхательные пути). Осмотреть дыхательные пути на наличие обструкции: тяжёлая обструкция сопровождается парадоксальными движениями грудной клетки и живота с участием вспомогательной мускулатуры; цианоз – поздний симптом обструкции. Ингаляция высокого потока увлажненного кислорода (> 10 л/мин) с дальнейшим титрованием для поддержания целевой SpO₂= 94–98%, но не менее 90–92%. Следует

предусмотреть возможность трудной интубации в результате отёка глотки или трахеи; если черты лица пациента меняются на глазах – показана немедленная интубация трахеи – через минуту может оказаться уже технически невозможно интубировать! Альтернатива в этих ситуациях – коникотомия.

- В – breathing (дыхание). Подсчитать ЧДД (в норме 12–20 дыханий в минуту у взрослых), более высокая ЧДД – риск резкого ухудшения. Оценить глубину и ритм дыхания, равномерность дыхания с обеих сторон. РаСО₂ – основной критерий адекватности вентиляции, при необходимости проведение ИВЛ по данным газов крови и клиническим показаниям;

- С – circulation (кровообращение). Шок чаще всего связан с гиповолемией вследствие вазодилатации, увеличения проницаемости сосудов и потерей внутрисосудистого объёма.

Низкое диастолическое давление предполагает артериальную вазодилатацию, а снижение пульсового давления – артериальную вазоконстрикцию.

- D – disability (отсутствие сознания)

Необходимо:

- уложить пациента с опущенной головой, придать возвышенное положение нижним конечностям с целью притока крови к головному мозгу; расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить проходимость дыхательных путей, доступ свежего воздуха (при возможности наладить кислородотерапию) и позвать на помощь через третье лицо (работа в команде позволяет решать несколько задач одновременно);

- при необходимости приступить к реанимационным мероприятиям по протоколу АВС;

- обколоть место инъекции 0,1%-ным р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена;

- обеспечить венозный доступ и ввести внутривенно 0,1%-ный раствор адреналина 0,5 мл;

- осуществлять контроль за состоянием пациента (АД, ЧД, пульс, ЭКГ, пульсоксиметрия);

- положить на место инъекции пузырь со льдом;

- начать инфузию 0,9%-ного раствора хлорида натрия в объеме до 1000 – 2000мл;

- Гидрокортизон (в/м или медленно в/в);

- ввести внутривенно антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2 % раствор супрастина или 2 % раствор пипольфена или 1 % раствор димедрола);

- приготовиться к транспортировке пациента в отделение интенсивной терапии

2 балла: Алгоритм неотложной помощи составлен верно

1 балл: Алгоритм оказания неотложной помощи приведён с небольшими неточностями

0 баллов: Алгоритм оказания неотложной помощи не сформулирован.

3. Тактика дальнейшего ведения пациента. Профилактика.

Первостепенное значение в профилактике АШ отводится своевременно и подробно собранному анамнезу. Пациентам, склонным к аллергическим реакциям, необходимо иметь в постоянном доступе антигистаминные препараты (H1-гистаминоблокаторы и глюкокортикостероиды).

Человеку, перенесшему АШ, показано освобождение от прививок, не показано лечение антибиотиками пенициллинового ряда, использование новокаина.

Профилактика АШ с помощью фармакологических средств основывается на введении антигистаминных препаратов до назначения лекарственных средств или диагностических процедур с применением рентгенконтрастных медпрепаратов. С этой целью (с осторожностью) возможно использование глюкокортикостероидов.

Недопустима полипрогмазия у пациентов склонных к аллергическим реакциям.

Необходима консультация аллерголога-иммунолога.

4. Задания для групповой работы

Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций по теме занятия.

Вариант задания - ролевая игра: травматический шок.

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

- 1) Мероприятия ВОП/СВ при напряженном закрытом пневмотораксе?
- 2) Определение понятия «шок», виды шока.
- 3) Основные патофизиологические механизмы шока
- 4) Виды шока, клинические проявления и экстренная помощь
- 5) Алгоритм действий ВОП/СВ при первых признаках анафилаксии
- 6) Алгоритм действий ВОП/СВ при травматическом шоке.
- 7) Алгоритм действий ВОП/СВ при наружных кровотечениях.
- 8) Алгоритм действий ВОП/СВ при внутренних кровотечениях.
- 9) Алгоритм действий ВОП/СВ при геморрагическом шоке.
- 10) Алгоритм действий ВОП/СВ при мозговой коме

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Укажите один правильный ответ

1. Выберите один правильный ответ.

Соотношение компрессий грудной клетки и искусственных вдохов при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:

- а) 5 вдохов, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
- б) 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца
- в) 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха
- г) 30 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха*

2. Установите соответствие между понятиями:

- 1) Базовые реанимационные мероприятия
- 2) Расширенные реанимационные мероприятия
 - А) обеспечение проходимости дыхательных путей
 - Б) непрямой массаж сердца
 - В) выполняются только медицинскими работниками
 - Г) включают в себя инвазивные и специальные методики

1 – А, Б.

2 – В, Г.

3. Выберите один правильный ответ.

Потеря сознания при внезапном прекращении кровообращения в головном мозге наступает через _____ секунд

- а) 7 – 10 *
- б) 15 – 30
- в) 30 – 45
- г) 60 – 70

4. Укажите последовательность развития симптомов при внезапном прекращении кровообращения в организме ("асистолии")

- а) выключение сознания, появление судорог, расширение зрачков*
- б) расширение зрачков, выключение сознания, появление судорог
- в) выключение сознания, расширение зрачков, появление судорог
- г) появление судорог, расширение зрачков, выключение сознания

5. У пациентки 65 лет, страдающей гипертонической болезнью, развились удушье и инспираторная одышка. Больная находится в вынужденном сидячем положении. В легких выслушиваются множественные сухие хрипы. АД в норме, тахикардия. Выберите наиболее вероятный диагноз:

- а) кардиогенный отек легких *
- б) инфаркт миокарда
- в) крупозная пневмония
- г) респираторный дистресс-синдром

6. Пациент 52 лет жалуется на давящую боль за грудиной, возникшую впервые. Внезапно он потерял сознание, дыхание стало хриплым и прерывистым. Пульс на сонных артериях не определяется. Первым шагом в проведении реанимационных мероприятий в данном случае является:

- а) закрытый массаж сердца*
- б) закрытый массаж сердца и ИВЛ
- в) введение 1 мг адреналина внутрисердечно
- г) нанесение прекардиального удара

7. При введении антибиотика медицинской сестрой пациент пожаловался на внезапное появление чувства жара и резкую слабость. При осмотре врачом: бледен, акроцианоз, пульс слабого наполнения, ЧСС 100 в 1 мин, АД 70/40 мм рт. ст. ЧД 26 в 1 мин. Первоочередным лечебным мероприятием является введение:

- а) мезатона в дозе 10 мг внутривенно
- б) 20 мг димедрола внутривенно
- в) адреналина в дозе 1 мг внутривенно*
- г) преднизолона в дозе 30 мг

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Общая врачебн ая практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_Мед и а, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: н ац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Семейная медици на. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ- СПб.2017	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015. http://www.rosme-dlib.ru/book/ISBN9785970432655 .		+

			ht ml		
3	Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике: уч еб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.:ГЭОТАР- Медиа,2008. – 624с.		+

Тема 16.7. Методы лечения/диагностики/реабилитации при травмах в условиях ОВП

Цель: закрепление знаний и навыков по тактике ведения пациентов при травмах в амбулаторных условиях врачом общей практики

Задачи:

Рассмотреть основные методы лечения, диагностики/реабилитации при травмах в амбулаторных условиях

Изучить нормативную и учетно-отчетную документацию по тактике ведения пациентов с травмами в амбулаторных условиях врачом общей практики

Изучить алгоритмы диагностики и лечения/реабилитации пациентов с травмами в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучить методам диагностики и лечения/реабилитации пациентов с травмами в амбулаторных условиях врачом общей практики

Обучающийся должен знать: этиологию и патогенез наиболее распространенных заболеваний, особенности проявления клиники и течения заболеваний, методы лечения/диагностики, показания к направлению на консультацию специалиста, принципы осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП, основы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у нуждающихся в медицинской реабилитации.

Обучающийся должен уметь: проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни, проводить динамическое наблюдение за пациентами, оказывать первичную врачебную помощь и осуществлять лечение наблюдение и наиболее распространенных заболеваний, проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства

Обучающийся должен владеть: технологиями диагностики наиболее распространенных заболеваний, методиками организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

Что следует понимать под хирургической обработкой отморожений?

Что характерно для термического ожога I- III степени?

Что характерно для отморожения I-III степени?

Особенности обработки ран при химических ожогах.

Какова минимальная площадь ожога, которая может привести к шоку?

Какие ожоги относятся к поверхностным?

Какие средства следует применять при обработке ожоговой поверхности?

Какие факторы влияют на степень отморожения?

Алгоритм наложения повязок

Алгоритм удаления швов

Алгоритм остановки наружного кровотечения

2. Практическая работа. Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, клинические разборы, отработка практических навыков (обследование пациента с травмой и выполнение лечебных манипуляций в рамках первой врачебной помощи))

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Предварительный диагноз.
2. Первая медицинская и доврачебная помощь.
3. Первая врачебная помощь.
4. Куда доставляется пострадавший: травмпункт, травматологический стационар?
5. План обследования больного.
6. Клинический диагноз.
7. Первичная лечебная иммобилизация. План лечения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Мужчина 42 лет в состоянии алкогольного опьянения упал, поскользнувшись на улице, подвернув правую стопу кнаружи. Почувствовал резкую боль, «хруст». С помощью знакомых добрался до дома, приступая на поврежденную ногу. Через 5 часов протрезвел и вызвал ВОП/СВ из-за болей и невозможности приступить на правую ногу. При осмотре правая стопа находится в положении пронации с отклонением кнаружи от оси голени. В нижней трети правой голени и на стопе – значительный плотный отек, окружность голеностопного сустава резко увеличена, кожа бледно-

синюшная, напряжена, по передне-наружной поверхности стопы – эпидермальный пузырь 3×2 см с серозно-геморрагическим содержимым. Правая стопа холоднее левой, пульсация на тыльной артерии стопы и задней большеберцовой отчетливая, движения и чувствительность в пальцах стопы сохранены. При пальпации определяется резкая болезненность в области внутренней лодыжки и по проекции малоберцовой кости в ее нижней трети на 7 см выше края лодыжки. Здесь же прощупываются края костных отломков.

1. Закрытая пронационная травма правого голеностопного сустава: переломы обеих лодыжек, подвывих стопы кнаружи.

2. Обезболивание (в/м – 2 % р-р промедола – 1 мл). Наложение асептической повязки на эпидермальный пузырь. Иммобилизация тремя лестничными шинами от оснований пальцев до средней трети бедра. Транспортировка в ЦРБ без нагрузки на ногу.

3,4 В ЦРБ выполняется рентгенограмма голеностопного сустава. Под в/в наркозом устраняется вывих стопы. Нога в сетчатом бинте подвешивается к надкроватной раме (надстопной раме шины Белера). Профилактика столбняка (эпидермальные пузыри) – противостолбнячная сыворотка – 3000 МЕ по Безредко, столбнячный анатоксин – 1,0 в/м. Сосудистые препараты – детралекс 1 таб х 2 раза (троксевазин 2 кап х 3 раза, эскузан 15 к х 3 раза, анавенон 1 таб х 3 раза), реополиглюкин 400,0 в/в капельно, аспирин 0,3 х 3 раза, трентал 1 х 3 раза.

5. Рентгенография голеностопного сустава в двух проекциях.

6. Диагноз: Закрытая неосложненная надсиндесмозная травма правого голеностопного сустава: перелом нижней трети малоберцовой кости, отрывной перелом внутренней лодыжки, разрыв дистального межберцового синдесмоза, подвывих стопы кнаружи.

7. Подвешивание стопы в сетчатом бинте. Постельный режим, нога подвешена в сетчатом бинте, вскрытие и заживление эпидермального пузыря, сосудистая терапия – до спахания отека. Обследование больного для оперативного лечения. Лечение только. Остеосинтез лодыжек и обязательное наложение позиционного винта.

2) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Мужчина 30 лет получил удар по шее и затылку верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Доставлен в отделение ВОП/СВ в кабине лесовоза в положении сидя. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. Имеется снижение мышечной силы в руках и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может.

Задача 2. Женщина 32 лет, преподаватель музыки, поскользнулась и упала с упором на разогнутую правую кисть. Почувствовала резкую боль, «хруст» в области кистевого сустава. Самостоятельно добралась офиса ВОП/СВ через 20 минут. При осмотре: штыковидная деформация с выпиранием дистального конца лучевой кости кпереди; умеренно выраженный отек в нижней трети предплечья и у основания кисти; резкая локальная болезненность при пальпации и нагрузке по оси; активные движения в кистевом суставе невозможны; почти полностью отсутствует функция пальцев.

Задача 3. На приеме ВОП женщина 70 лет, стаж курильщика 30 лет, страдает ожирением, иммобилизована в течение 1 месяца, после перенесенной операции по поводу пересадки коленного сустава. Предъявляет жалобы на острую боль, покраснение и припухание правой голени. Необходима срочная консультация у специалиста (сосудистый хирург, гематолог) всех пациентов с подозрением на тромбоз глубоких вен (ТГВ) в течение 24 часов после появления первых симптомов.

4. Задания для групповой работы

Провести ролевую игру врач-пациент по теме занятия (оказание первой медицинской помощи при отморожениях, ожогах, переломах, ранах).

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

Асептика и антисептика. Техника обработки рук

Стерилизация инструментария, перевязочного и шовного материала
 Утилизация медицинских отходов (биологического материала, шприцов, игл, перчаток, разового инструментария, лекарственных препаратов и т.д.)
 Консервативные методы лечения травм в амбулаторной практике.
 Дать краткое определение каждому из вариантов травм.
 Абсолютные признаки переломов.
 Абсолютные признаки вывихов.
 Перечислите местные признаки ран.
 Перечислить основные лечебные мероприятия при различных вариантах травм в объеме первой хирургической помощи врачом общей практики (- при ушибах, ранах, вывихах, переломах).
 При переломах каких костей чаще наблюдается жировая эмболия?
 Какие переломы называют осложненными?
 Какие шины (варианты) используются для транспортной иммобилизации.
 Перечислить лечебные мероприятия, проводимые в объеме первой хирургической помощи при травмах таза.
 Перечислите возможные варианты транспортной иммобилизации пострадавшего с переломом позвоночника.
 Перечислить варианты мягких повязок. Цель наложения.
 Последовательность проведения мероприятий первой медицинской помощи при открытом переломе бедра с артериальным кровотечением.
 Перечислить различные наружные грыжи

3) *Разработать клинические кейсы по теме занятия (электротравма, укушенная рана, укус змеи, травматический шок, гиповолемический шок)*

4) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля:*

1. Причины эмболии артерий большого круга кровообращения:

- а) атеросклероз аорты;
- б) острый инфаркт миокарда;
- в) ревматический митральный порок сердца;
- г) аневризма аорты;
- д) цирроз печени.

Ответ: (а, в, г, д)

2. В течение отморожений различают периоды:

- а) реактивный;
- б) шок;
- в) кахексии;
- г) дореактивный;
- д) ознобления.

Ответ: (а, г)

3. Контактный электроожог по глубине поражения соответствует (степень ожога):

- а) I;
- б) II;
- в) III А;
- г) III Б.

Ответ: (г, д)

4. При оказании первой помощи при ожогах используют:

- а) орошение ран антибиотиками;
- б) 40% р-р этилового спирта;
- в) раствор фурацилина;
- г) мазь Вишневского.
- д) водный раствор хлоргексидина.

Ответ: (в, д)

5. Какие ожоги относятся к поверхностным (степень ожога):

- а) I;
- б) II;

в) ША;

г) Ш Б;

Ответ: (а, б, в)

6. Для ожогового шока характерно:

а) токсемия;

б) плазморея;

в) болевой синдром;

г) полиурия;

д) острая анемия.

Ответ: (а, б, в)

7. Какая площадь ожога сопровождается шоком (%):

а) 1;

б) 5;

в) 7-10;

г) 10-15;

д) 15-20.

Ответ: (в, г, д)

8. Перечислите осложненные переломы:

а) открытый;

б) поднадкостничный;

в) оскольчатый;

г) винтообразный;

д) сочетающийся с повреждением нервных стволов.

Ответ: (д)

9. Перечислите возможные варианты транспортной иммобилизации, используемые при транспортировке пострадавшего с переломом позвоночника:

а) шина Крамера;

б) шина Дитерихса;

в) ватно-марлевый круг под затылок с фиксацией пострадавшего к носилкам;

г) транспортировка на щите;

д) пневматические носилки.

Ответ: (г, д)

10. Перечислите общие принципы лечения переломов:

а) репозиция;

б) фиксация;

в) иммобилизация;

г) остеосинтез;

д) репарация.

Ответ: (а, в, г)

11. Для транспортной иммобилизации используют:

а) шину Белера;

б) шину Крамера;

в) гипсовую повязку;

г) шину Дитерихса;

д) пневматическую шину.

Ответ: (б, г, д)

12. Перечислите признаки ушиба мягких тканей:

а) крепитация;

б) боль;

в) нарушение функции;

г) припухлость;

д) патологическая подвижность.

Ответ: (б, в, г)

13. При переломах каких костей чаще наблюдается жировая эмболия:

а) ребра;

б) бедра;

- в) таза;
- г) позвоночника;
- д) лопатки.

Ответ: (б, в)

14. Какая травма является сочетанной:

- а) разрыв печени и перелом голени;
- б) перелом бедра и ожог туловища III степени;
- в) перелом костей черепа и перелом бедра;
- г) ожог груди II ст. и ожог бедра III ст.;
- д) разрыв мочевого пузыря и гемартроз коленного сустава.

Ответ: (а, в, д)

15. Перечислите абсолютные симптомы, характерные для вывиха:

- а) костная крепитация;
- б) боль;
- в) пружинящая фиксация конечности;
- г) подкожная эмфизема;
- д) гемартроз.

Ответ: (в)

16. Перечислите абсолютные признаки переломов:

- а) припухлость;
- б) боль;
- в) нарушение функции;
- г) костная крепитация;
- д) патологическая подвижность.

Ответ: (г, д)

17. В комплекс лечебных мероприятий при травме таза включаются:

- а) спазмолитики;
- б) миорелаксанты;
- в) иммобилизация;
- г) гемостатическая терапия;
- д) мочегонные препараты.

Ответ: (в, г)

18. Лучшим обезболивающим эффектом при переломах костей таза обладают:

- а) вагосимпатическая блокада;
- б) блокада по Школьникову;
- в) блокада по Лукашевичу;
- г) внутрикостная блокада;
- д) блокада по Куленкампу.

Ответ: (б)

19. К элементам первой доврачебной помощи при травмах живота с клиникой повреждения внутренних органов относятся:

- а) введение наркотических анальгетиков;
- б) холод на живот;
- в) транспортировка в стационар;
- г) введение антибиотиков;
- д) перед транспортировкой введение гемостатических препаратов.

Ответ: (б, в)

20. Для травмы живота с перфорацией полого органа характерно:

- а) сильная боль в животе;
- б) доскообразный живот;
- в) коллапс;
- г) полиурия;
- д) тахипноэ.

Ответ: (а, б)

21. У больного с закрытой травмой груди с переломами ребер появилось кровохарканье, которое обусловлено:

- а) ушибом легкого;
- б) ушибом сердца;
- в) разрывом легкого;
- г) гемотораксом;
- д) посттравматическим плевритом.

Ответ: (в)

22. Для уточнения диагноза при травме груди с гемопневмотораксом ведущее значение имеет:

- а) бронхография;
- б) бронхоскопия;
- в) обзорная рентгенография легких;
- г) томография;
- д) плевральная пункция.

Ответ: (в, д)

23. Основные возбудители раневой инфекции:

- а) пневмококк;
- б) стафилококк;
- в) кишечная палочка;
- г) протей;
- д) стрептококк.

Ответ: (б, в, г, д)

24. По отношению к полостям тела различают раны:

- а) «укушенные»;
- б) проникающие;
- в) зияющие;
- г) не проникающие;
- д) рубленые.

Ответ: (б)

25. В первичную хирургическую обработку раны входят:

- а) туалет поверхности раны;
- б) рассечение раны;
- в) иссечение нежизнеспособных и загрязненных тканей;
- г) дренирование раны;
- д) местная антибактериальная терапия.

Ответ: (а, б, в, г)

26. Сроки проведения первичной хирургической обработки раны от момента травмы:

- а) 1-2 часа;
- б) 6-8 часов;
- в) до 24 часов;
- г) до 2 суток;
- д) в любые сроки от момента травмы.

Ответ: (д)

27. По клиническим данным заподозрен спонтанный не специфический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

- А) торакоскопия;
- Б) рентгеноскопия и рентгенография легких;
- В) плевральная пункция;
- Г) сканирование легких;
- Д) бронхоскопия.

Ответ: (Б)

Рекомендуемая литература:

Основная литература

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

п					
1.	Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах.	Под ред. И.Н. Денисова и О.М. Лесняк.	М: ГЕОТАР_Мед и а, 2013.	7	+
2	Клиническая фармакология: н ац. руководство	ред. Ю. Б.	М., 2012.	4	+

Дополнительная литература

№ п / п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляро в в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Семейная медицина. Избранные лекции	Под ред. О.Ю. Кузнецовой	2-е изд., перераб. и доп. – СПб. – ЭЛБИ- СПб.2017	10	-
2	Инфекционные болезни [Электронный ресурс]: национальное руководство	Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015. http://www.rosme-dlib.ru/book/ISBN9785970432655 . ht ml		+
3	Хирургические болезни и травмы в общеврачебной практике: учеб. Пособие.	Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К.	М.:ГЭОТАР- Медиа,2008. – 624с.		+

Составители: Григорович М.С., Вычугжанина Е.Ю.

Зав. кафедрой Григорович М.С.

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)**

«Общая врачебная практика»

Специальность 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
Направленность программы – Общая врачебная практика (семейная медицина)
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценоч- ное средств о	
	Неудовлетвори- тельно/ не зачтено	Удовлетворите ль- но/зачтено	Хоро шо/ зачте но	Отлично/ зачтено	для тек у- ще го ко н- тро ля	для про- меж у- точн ой атте- стации
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте						
ИД УК 1.4 Определяет возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональной сфере						

Знать	Не знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности	Не в полном объеме основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности допускает существенные ошибки	Знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности, допускает ошибки	Знает основные принципы, законы и категории знаний в их логической целостности и последовательности	решение тестовых заданий, разработка клинических навыков, кей-сов.	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, ситуационных задач, соревнований
Уметь	Не умеет приобретать систематиче-	Частично освоено умение приобре-	Правильно использует систе-	Самостоятельно ис-	решение	выполнение

	ческие знания в области медицин-ской науки, анали-зировать возни-кающие в процес-се научного ис-следования про-блемы с точки зрения современ-ных научных па-радигм, осмысле-вать и делать обоснованные выводы из новой научной и учеб-ной литературы, результатов экс-периментов, про-исходящих в мире глобальных собы-тий	тать систематиче-ские знания в об-ласти медицин-ской науки, анали-зировать возни-кающие в процес-се научного ис-следования про-блемы с точки зрения современ-ных научных па-радигм, осмысле-вать и делать обоснованные выводы из новой научной и учеб-ной литературы, результатов экспе-риментов, проис-ходящих в мире глобальных собы-тий	матические зна-ния в области медицинской науки, анализи-ровать возника-ющие в процес-се научного ис-следования про-блемы с точки зрения совре-менных научных парадигм, осмысливать и делать обосно-ванные выводы из новой науч-ной и учебной литературы, ре-зультатов экспе-риментов, про-исходящих в мире глобаль-ных событий, допускает ошибки	пользует си-стематиче-ские знания в области ме-дицинской науки, анали-зировать воз-никающие в процессе научного ис-следования проблемы с точки зрения современн-ых научных па-радигм, осмыслива-ть и делать обоснован-ные выводы из новой научной и учебной ли-тературы, результато-в эксперимен-тов, происхо-дящих в мире глобальн-ых событий	сит уа-цио-ных зад-ач, раз-работ-ка кли-нич-е-ски-х кей-сов,	ние пра-ктич-е-ски х на-вы-ков, реш-е-ние сит-уа-цио-н-ных зад-ач, сит-уа-цио-н-ных зад-ач, соб-е-сед-о-ван-ие

Владеть	Не владеет способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию.	Не полностью владеет способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию.	Способен абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию.	Владеет способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать получаемую информацию.	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов,	выполнение практических навыков, решение ситуационных задач, соблюдение

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

ИД УК 3.2. Контролирует выполнение должностных обязанностей находящихся в распоряжении медицинским персоналом

Знать	Не знает должностные обязанности врачей,	Не в полном объеме должностные обязанности в ра-	Знает основные должностные обязанности	Знает должностные обязанности	решение тестов	решение тестов
	среднего и младшего медицинского персонала, организацию процесса оказания медицинской помощи	чей, среднего и	врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организацию процесса оказания медицинской помощи допускает ошибки	врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организацию процесса оказания медицинской помощи	вых за да - ни й	вых за да - ни й

				мощи		
Уметь	Не умеет контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Частично освоено умение контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Правильно использует контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала, допускает ошибки	Самостоятельно использует контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	решение ситуационных задач, разработка клинического кейса	Применение практических навыков
Владеть	Не владеет методами управления и контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Не полностью владеет методами управления и контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Способен управлять методами управления и контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Владеет методами управления и контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	решение ситуационных задач, разработка клинического кейса	Применение практических навыков
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов						
ИД ОПК-4.2 Решает задачи по определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов						

Знать	Фрагментарные знания по этиологии и патогенезу наиболее распространенных заболеваний человека; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показания к направлению на консультацию специалиста.	Общие, но не структурированные знания по этиологии и патогенезу наиболее распространенных заболеваний человека; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей показания к	Сформированные, но содержащие особенностей показания к направлению на консультацию	Сформированные систематические знания по этиологии и патогенезу наиболее распространенных заболеваний человека; особенности проявления клини и течения по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его осо-	решение тестовых заданий, ситуаций, разбор ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических заданий, собеседование
			специалиста.	бенностей показания к направлению на консультацию специалиста.		

Уметь	Частично освоенное умение уметь проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение уметь проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение уметь проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	Сформированное умение проводить раннюю диагностику на начальных, недифференцированных стадиях проявления болезни; проводить рационально и эффективно диагностические вмешательства.	решение тестовых заданий, ситуаций, разбор ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических - ских навыков, ситуационных задач, соблюдение седован
Владеть	Фрагментарное применение навыков и методов	В целом успешное, но не систематическое применение навыков и технологий диагностики и скрининга болезней человека	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков и технологий диагностики и скрининга болезней человека	Успешное и	решение тестовых заданий, ситуаций, разбор ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических - ских навыков, ситуационных задач

						ч, собе - седо - ван ие
ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ОПК 5.4. Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины 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 о принципах осуществления лечебного процесса первичного	Общие, но не структурированные знания о принципах оказания медицинской помощи	Сформированные, но содержащие пробелы	Сформированные систематические знания о	решение тестовых	решение тестовых
	вечного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения	ощущения процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с	знания о принципах осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения	принципах осуществления процесса первичного контакта пациента с системой здравоохранения и принципы оказания ПМСП с наиболее рациональным использованием ресурсов здравоохранения	задания, ситуационных задач, разбора ботк а клинических кейсов	задания, выполнение практических заданий, решение задач, собе - седо

				охранения		- ван ие
Уметь	Частично освоен-ное умение разде- лять и классифи- цировать пробле-мы пациента Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо	В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме-ние разделять и классифицирова- ть проблемы пациен-та Оказывать ПМСП по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состоя- ния, возраста и	В целом успеш-ное, но содер- жащее отдел ь-ные пробе- лы умение разде- лять и класси- фицировать проблемы паци-ента Оказывать ПМСП по всему спектру заболе-ваний, незави- симо от тяжести состояния, воз- раста и пола па-циента, других его особен- ностей	Сформиро- ванное уме- ние разделять и класси- фицировать проблемы пациента Оказывать ПМСП по всему спек- тру заболева- ний, незави- симо от тя-жести состо- яния, возрас-та и пола па- циента, дру-гих его осо- бенностей	реш- ение ситу- а- цио- н- ных зада- ч, разр- а- ботк- а кли- нич- е- ских кейс- ов	реш- ение тест- о- вых зада- ч- ний, вы- пол- не- ние пра- к- тиче- с- ких нав- ы- ков, ситу- а- цио- н- ных зада- ч, собе- с- седо- вание

Владеть	Фрагментарное применение навыков методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методик организации маршрута пациента, ведения и лечения пациентов в амбулаторном звене	Успешное лечение пациентов	и решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических навыков, ситуационных задач, соблюдение

ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ИД ОПК 6.3. Оценивает реабилитационный потенциал, определяет оптимальную маршрутизацию пациента и осуществляет контроль преемственности реабилитационного процесса

Знать	Фрагментарные знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, л	Общие, но не структурированные знания теоретических курортном лечебной на основе доказательной базы.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном	Сформированные систематические знания теоретических основ применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	решение тестовых заданий, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых заданий, ситуаций, ситуационных задач, соблюдение

			лече- нии на основе доказательной базы.			
Уметь	Частично освоен- ное умение осу- ществлять лече- ние	В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме- ние осуществлять лечение распро- страненных забо- леваний человека с учетом личност- но- ориентированно го подхода и в соот- ветствии с требо- ваниями действи- ющих п	В целом успеш- ное, но содер- жащее отдел ь- ные пробе лы умение	Сформиро- ванное уме- ние осу- ществлять лечение рас- пространен - ных забол е- ваний чело- века с учетом личностно- ориентиро- ванного под- хода и в со- ответствии с требования - ми дейст ву- ющих поряд- ков, протоко- лов и стан- дартов	реш е- ние ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	вы- пол не- ние ситу а- цио н- ных зада ч, собе - седо - ван ие

Владеть	Фрагментарное применение навыков современных методов и технологий	В целом успешное, но не систематическое при -менение навыков навыков современных методов и технологий лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков современных методов и технологий лечебно-реабилитационной помощи в условиях ОВП	Успешное и	решение ситуационных задач, разработка клинических	выполнение ситуационных задач, соблюдение седование
		ях ОВП	ной помощи в условиях ОВП		ских кейсов	
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу						
ИД ОПК 7.1. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности						
Знать	Фрагментарные знания по нормативно-правовой базе по экспертизе временной утраты нетрудоспособности	Общие, но не структурированные знания нормативно-правовой базе по экспертизе временной утраты нетрудоспособности	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания нормативно-правовой базе по экспертизе временной утраты нетрудоспособности	Сформированные систематические знания	решение тестовых задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых задач, выполнение практических -ских навыков, ситуационных задач, соблюдение седование

Уметь	Частично освоен-ное умение выяв- лять призна- ки временной нетру- доспособности, оформлять элек- тронную меди- цинскую до ку-ментацию	В целом успеш-ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме-ние выявлять при- знаки временной нетрудоспособн о-сти, оформля ть электронную ме- дицинскую доку-ментацию	В целом успеш-ное, но содер- жащее отдел ь-ные пробе лы умение выявлять признаки вре- менной нетрудо- способности, оформлять элек-тронную меди- цинскую доку- ментацию	Сформиро- ванное у ме-ние выявлять признаки временной нетрудоспо- способности, оформлять электронну ую медицинск ую документа- цию	реш е- ние ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цио н- ных зада ч, собе - сед о- ван ие
Владеть	Фрагментарное применение навы-ков методик опре- деления времен-ной нетрудоспо- способности пациен-та и способами оформления ме- дицинской доку- ментации	В целом успеш-ное, но не систе- матическое при- менение навыков методик опреде- ления временной нетрудоспособн о-сти пациента и	В целом успеш-ное, но содер- жащее отдел ь-ные пробе лы применение навыков мето- дик определения временной не- трудоспособно -сти пациента и способами оформления ме-дицинской до- кументации	Успешное и	реш е- ние ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цио н- ных зада ч, собе - седо - вание
ИД ОПК 7.2. Определяет показания к направлению на медико-социальную экспертизу						
Знать	Фрагментарные знания по норма-тивно- правовой базе по экспертизе	Общие, но не структурирован- ные знания нор- мативно- правовой	Сформирован- ные, но содер-жащие отде ль- ные пробел ы	Сформиро- ванные си- стематиче- ские знан ия	ре ше- ние тес то- вых	ре ше- ние тес то- вых

	временной утраты нетрудоспособн о-сти	базе по экспертизе временной утраты нетрудоспособн о-сти	знания нор ма-тивно- правовой базе по экспер- тизе временной утраты нетрудо- способности	по норматив- но- правовой базе по экс- пертизе вре- менной утра-ты нетру до- способность и	зада- ний, ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	зада- ний, вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цио н- ных зада ч, собе - сед о- ван ие
Уметь	Частично освоен-ное умение выяв- лять признак и стойкой утраты трудоспособно- сти, оформля ть электронную ме- дицинскую доку-ментацию	В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме-ние выявлять при- знаки стойкой утраты трудоспо- соби, оформ- лять электронную медицинскую до-кументацию	В целом успеш-ное, но содер- жащее отдел ь-ные пробе лы умение выявлять признаки стой- кой утраты тру- доспособности , оформлять элек-тронную меди- цинскую доку- ментацию	Сформиро- ванное уме- ние выявлять признаки стойкой утраты тру- доспособно- сти, офор м-лять элек- тронную ме- дицинскую документа- цию	реш е- ние ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цио н- ных зада ч, собе - седо- вание

Владеть	Фрагментарное применение методики оформления направления на МСЭК	В целом успешное, но не систематическое применение методики оформления направления на МСЭК	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение методики оформления направления на МСЭК	Успешные и	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических заданий, выводов, ситуационных задач, соблюдение седовании
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения						
ИД ОПК 8.1. 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 определения понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи;	Общие, но не структурированные знания определения понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания определения понятия "здоровье", закономер-	Сформированные систематические знания определения понятия "здоровье", закономер-	решение тестовых заданий, ситуаций	решение тестовых заданий, выполнение

	социально-гигиенические и лезнь", "болезнь"; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов; программы физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; основы	жизни семьи; социально-гигиенические и "предболезнь", "болезнь"; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов; программы физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; основы	ности формирования здорового образа жизни семьи; социально-гигиенические и медицинские аспекты профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотребления лекарственными препаратами, злоупотребления алкоголем, табакокурения; определения понятий "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь"; группы здоровья населения, виды профилактики, факторы риска возникновения распространенных заболеваний; принципы консультирования пациентов; программы физической активности детей, подростков, взрослых и пожилых людей; основы рационального	сти формирования здорового образа жизни семьи; социально-гигиенические и медицинские аспекты профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотребления лекарственными препаратами, злоупотребления алкоголем, табакокурения; определения понятий "профилактика", "медицинская профилактика", "предболезнь", "болезнь"; группы здоровья основы рационального питания	ных задач, разрабатывать клинических кейсов	ние практических навыков, ситуаций, задач, соблюдение

			пита - ния			
Уметь	Частично освоен-ное умение осу- ществлять мероприятия, направ-	В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме-	В целом успеш-ное, но содер-жащее отдель-ные пробелы умение	Сформиро- ванное у ме-ние ос у-	реш е- ние сит уа- цио	вы- пол не- ние пра к-

	ленные на профи-	ние осуществлять	осу-	ществлять мероприятия ,	н- ных	тиче-
	лактику часто встречающих за- болеваний внут- ренних органов	мероприятия, направленные на профилактику часто встреча ю- щих заболеваний внутренних орга- нов	ществлять меро- приятия, направленные на профилактику часто встре ча- ющих заболева- ний внутренних органов	направлен- ные на про- филактику часто вст ре- чающих за- болеваний внутренних органов	зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	ски х нав ы- ков, сит уа- цио н- ных зад ач, соб е- сед о- вание
Владеть	Фрагментарное применение навы- ков методик ин- дивидуального и	В целом успеш- ное, но не систе- матическое при- менение навыков методик инди ви- дуального и груп- пового профиллак- тического кон- сультирования (школы здоровья)	В целом успеш- ное, но содер- жащее отдель- ные пробел ы применение навыков мето- дик индиви ду- ального и груп- пового профи- лактического консультирова - ния (школы здо- ровья)	Успешное и	реш е- ние ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цио н- ных зада ч, собе - седо - вание
ИД ОПК 8.2. Проводит мероприятия по предупреждению возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий						

Знать	Фрагментарные знания групп здоровья населения, видов профилактики, факторов риска возникновения распространенных заболеваний; ос- нов диспансе- ри- зации и диспан- серного наблюде- ния за пациентами	Общие, но не структурирован- ные знания групп здоровья населения, видов профилактики, факторов риска возникновения распространенн ых заболеваний; ос- нов диспансе- ри- зации и диспан- серного наблюде- ния за пациентами	Сформирован- ные, но содер- жащие	Сформиро- ванные си- стематиче- ские знан- ия групп здо- ровья насе- ле- ния, видов профилакт- и- ки, факторов риска воз- никновения распро- страненных забо- леваний; ос- нов диспан- серизации и	реш е- ние тест о- вых зада- ний, ситу а- цию н- ных зада- ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	реш е- ние тест о- вых зада- ний, вы- пол- не- ние пра- к- тиче- ских на- в ы- ков, ситу а- цию н- ных зада- ч, собе- седо- вание
Уметь	Частично освоен- ное умение про- водить диспансе- ризацию, реабили- тацию, экспер- тизу трудоспо- собности больных с распро- странен- ными заболевани- ями внутренних органов	В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме- ние проводи- ть диспансеризаци- ю, реабилитацию, экспертизу трудо- способности больных с распро- страненными за- болеваниями	В целом успеш- ное, но содер- жащее отдель- ные пробел ы умение прово- дить диспан- серизацию, реабили- тацию, экс- пертизу трудо- способности больных с рас- пространенным и	Сформиро- ванное уме- ние про- во- дить диспан- серизацию, реабилита- цию, экспер- тизу трудо- способност и больных ненными за-	реш е- ние сит уа- цию н- ных зад ач, раз- работ- ка кли- нич е- ски х кейсо в	вы- пол- не- ние пра- к- тиче- ских на- в ы- ков, ситу а- цию н- ных задач,
		внутренних орга- нов	заболеваниями внутренних ор- ганов	болеваниям и внутренних органов		соб е- сед о- ван- ие

Владеть	Фрагментарное применение навыков методик диспансерного наблюдения оценки эффективности профилактических мероприятий, оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	В целом успешное, но не систематическое приращение навыков методик диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторных условиях, оценки эффективности профилактических мероприятий, оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методик диспансерного наблюдения за пациентами в амбулаторных условиях, оценки эффективности профилактики мероприятий, оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	Успешные оценки эффективности профилактики мероприятий, оценки эффективности снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности	и решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических заданий, навыков, ситуационных задач, соревнований

ИД ОПК 8.3. Оценивает эффективность мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни

Знать	Фрагментарные знания концепции здоровья. Современной методологии профилактики медицинской системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с биопсихосоциальными аспектами его жизни	Общие, но не структурированные знания концепции здоровья. Современной методологии профилактики медицинской системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с биопсихосоциальными аспектами его жизни	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания концепции здоровья. Современной методологии профилактической медицины, системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем с биопсихосоциальными аспектами его жизни	Сформированные систематические знания концепции здоровья. Современной методологии и профилактической медицины, системы жизненных ценностей пациента, уровня его понимания связи своих проблем его жизни	решение тестовых заданий, ситуаций, анализа проблемных задач, разбора ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических действий, анализ проблемных ситуаций, решение задач, соблюдение
Уметь	Частичное умение выявлять факторы риска, информировать и консультировать пациен-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение выявлять факторы риска, ин-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение выявлять факторы риска,	Сформированное умение выявлять факторы риска, информировать и кон-	решение ситуационных задач,	выполнение практических действий
	тов; проводить связи настоящих и возможных будущих проблем пациента и его окружения с его поведением, образом жизни.	формировать и	информировать и консультировать пациентов; проводить связи настоящих и	сультировать пациентов; проводить связи настоящих и возможных будущих проблем пациента и	разбора ботк а клинических кейсов	навыков, ситуационных задач, соблюдение

Владеть	Фрагментарное применение навыков методик индивидуального и	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методик индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков методик индивидуального и группового профилактического консультирования (школы здоровья)	Успешное и	решение ситуационных задач, разрабатывать клинических кейсов	выполнение практических заданий, навыков, ситуационных задач, соблюдение седовании

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ИД ОПК 9.3. Демонстрирует умение оформлять медицинскую документацию, проводить оценку качества оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации, организовывать, контролировать и анализировать работу врача общей практики и находящегося в распоряжении медицинского персонала

Знать	Фрагментарные знания Законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове меди-	Общие, но не структурированные знания Законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове меди-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания Законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Правил оформления медицинской документации в медицинских	Сформированные систематические знания Законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативных правовых акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Правил оформления медицинской документации в медицинских	решение тестовых заданий, разработка кейсов	решение тестовых заданий, разработка кейсов

	цинского работ- ника. Должност- ных обязанностей	цинского работ- ника. Должност-	организа- циях, оказыва- ющих медицин- скую помощь	. Правил оформлени я медицинск ой документа- ции в меди- цинских ор-		ван ие

	медицинской сестры участковой и иных находящихся в распоряжении медицинских работников. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника.	ных обязанностей медицинской сестры участковой и иных находящихся в распоряжении медицинских работников. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника	амбулаторно, Должностных обязанностей медицинской сестры участковой и иных находящихся в	ганизациях, оказывающих медицинскую помощь Должностных обязанностей медицинской сестры участковой и иных находящихся Организации медицинской помощи ботника		
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	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять	Сформированное умение проводить анализ из медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических навыков, ситуационных задач, соблюдение

	электронн ом виде. Контроли- ровать выполне- ние должностных обязанностей ме- дицинской сест- рой участковой и	до- кументацию, занностей мед и-	меди- цинскую доку- ментацию, в том числе в элек- тронном виде. Контролирова ть выполнение	о населения. Заполнять медицинск ую документа- цию, в том числе в элек- тронном ви-		ван ие

	иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Исполнять в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки.	цинской сестрой участковой цинскую 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.	должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Использовать в «Интернет. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативные правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинские организации и оценки.	де. Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинских организаций и оценки.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков методик про-	В целом успешное, но не систематическое при-	В целом успешное, но содержащее отдель-	Успешное и систематическое-	решение ситуа	выполнение

				ское приме-	-	
	ведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде, контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Методикой внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	менение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде, контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Методикой внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	ные пробелы применение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде, контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Методикой внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	нение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, , инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде, контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Методикой внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	цио н- ных задач, разра- ботка кли- ниче- ских кейс ов	пра к- тиче- ски х на- в- ы- ков, сит уа- ции н- ных зад ач, соб е- сед о- ван ие

ИД ОПК 9.4. Демонстрирует умение проводить анализ медико-статистических показателей прикрепленного населения, использовать специализированные информационные системы, сеть «Интернет», телемедицинские технологии						
Знать	Фрагментарные знания медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Возможностей теле-	Общие, но не структурированные знания меди-ко-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Воз-	Сформированные, но содержащие телекоммуника-	Сформированные систематические знания медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Правил работы в инфор-	решение тестовых заданий, ситуаций, действий, задач, разбора работ, клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических навыков, кейсов, ситуационных задач,
	медицинские технологий.	можностей теле-медицинские технологий	ционной сети и «Интернет». Возможностей телемедицинские технологий	мационных системах и медицинских технологий		собеседование

Уметь	Частично освоенное умение проводить анализ ме- дико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в Исползовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет». Ме- дико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить анализ ме- дико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, «Интернет». Ме- дико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, по ряду- док их вычисление и оценки.	В целом успешное, но содержащее отдел ь- ные пробы умение проводить анализ ме- дико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в Исползовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет». Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, по ряду- док их вычисление и оценки.	Сформированное умение проводить анализ ме- дико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе. Исползовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет». Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, харак-	решение ситуационных задач, разра- ботка кли- ничес- ких кейс- ов	выполнение практических - ских навыков, ситуационных задач, собе- седование

				теризующи е здоровье прикреплен - ного населе- ния, порядок их вычис ле- ния и оценки.		

Владеть	Фрагментарное применение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, используя специализированные информационные системы, сеть «Интернет» и телемедицинские технологии	В целом успешное, но не систематическое приращение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, используя специализированные информационные системы, сеть «Интернет» и телемедицинские технологии	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, используя специализированные информационные системы, сеть «Интернет» и телемедицинские технологии	Успешное и систематическое применение навыков методик проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, используя специализированные информационные системы, сеть «Интернет» и телемедицинские технологии	решение ситуационных задач, разработка клиентских кейсов	выполнение практических заданий, составление сценариев
ПК-2. Способен оказывать первичную медико-санитарную помощь взрослым в общей врачебной практике						
ИД ПК 2.1. Демонстрирует умение проводить обследование взрослых и устанавливать диагноз в общей врачебной практике						

Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных заболеваний чело- века; особенности проявления клини- ки и течения по все- му спектру забо- леваний, незави- симо от тяжести состояния, показания к направлению на консультацию специалиста.	Общие, но не структурирован- ные знания этиологии и патогенеза наибо- лее распространенн ых заболеваний чело- века; особенности проявления клини- ки и течения по все- му спектру забо- леваний, незави- симо от тяжести состояния, показания к направлению на консультацию специалиста.	Сформирован- ные, но содер- жащие показания к	Сформиро- ванные си- стематиче- ские знан ия этиологии и течения по всему спек- тру заболева- ний, незави- симо от тя- жести состо- яния, показания к кон- сультации алиста.	реш е- ние тест о- вых зада - ний, ситу а- цию н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	реш е- ние тест о- вых зада - ний, вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цию н- ных зада ч, собе - седо - ван ие
Уметь	Частично освоен- ное умение про- водить диагности- ку, дифференци- альную диагно- стику болезней человека.	В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме- ние проводи- ть диагностику, дифференциаль- ную диагностику болезней чело- ве-	В целом успеш- ное, но содер- жащее отдель- ные пробелы умение прово- дить диагности- ку, дифференци- альную диагно- стику болезней	Сформиро- ванное уме- ние про во- дить диагно- стику, диф- ференциаль - ную диагно- стику болез- ней человека.	реш е- ние сит уа- цию н- ных зад ач, раз ра- бот ка кл и-	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, сит уа-
		ка.	человека.		нич е- ских кейс ов	цио н- ны х зад ач, соб е- сед о- ван

						ие
Владеть	Фрагментарное применение навыков методов и	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методов и технологий скрининга, диагностики и болезней человека, используя ресурсы общей врачебной практики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методов и технологий с	Успешное и	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических - ских навыков, ситуационных задач, соблюдение - ван ие

ИД ПК 2.2. Демонстрирует умение организовывать и проводить лечение взрослых, контролировать его эффективность и безопасность в общей врачебной практике

Знать	Фрагментарные знания основных немедикаментозных и медикаментозных методов и средств лечения болезней человека соответственно действующим клиническим рекомендациям	Общие, но не структурированные знания основных немедикаментозных и	Сформированные, но содержащиеся отдельные пробелы знания основных немедикаментозных	Сформированные систематические знания основных немедикаментозных и медикаментозных методов и средств лечения болезней человека соответственно действующим клиническим рекомендациям	решение тестовых задач - ний, ситуационных задач, разработка клинических кейсов	решение тестовых задач - ний, выполнение практических - ских навыков, ситуационных задач

						ч, собе-седо-вание
Уметь	Частично освоенное умение организовывать и проводить лечение взрослых, контролировать его эффективность и безопасность в общей врачебной практике	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение организовывать и проводить лечение взрослых, контролировать его эффективность и безопасность в общей врачебной практи-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение организовывать и проводить лечение взрослых, контролировать его эффективность и безопасность в общей врачеб-	Сформированное умение организовывать и обеспечивать безопасность в об-	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических навыков, ситуационных задач,
		тике	ной практике	щей врачебной практике		собеседование

Владеть	Фрагментарное применение навыков методик организации лечения взрослых, контроля его эффективности и безопасности в общей врачебной практике	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методик организации лечения взрослых, контроля его эффективности и безопасности в общей врачебной практике	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методик организации лечения взрослых, контроль его эффективности и безопасности в общей врачебной практике	Успешное и тике	и реше-ние ситуационных задач, разра-ботка кли-ниче-ских кейс-ов	вы-пол-нение пра-ктиче-ских на-вы-ков, ситуацион-ных зада-ч, со-бе-седо-вание

ИД ПК 2.3. Демонстрирует умение организовывать и проводить медицинские осмотры, профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение взрослых

Знать	Фрагментарные знания нормативных диспансеризации и наблюдения за	Общие, но не структурированные знания нормативных профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и наблюдения за	Сформированные, но содержащие о населении и при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Сформированные систематические знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактически медосмотров, диспансеризации населения и диспансерного наблюдения за хроническими больными; правил проведения и требований к объему мероприятий при проведении профилактики медицинскими осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	решение тестовых заданий, ситуаций, действий, разбора ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнения практических - ских навыков, ситуационных задач, соблюдение - ван ие

Уметь	Частично освоенное умение организовывать и проводить профилакти-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы	Сформированное умение организовывать и	решение ситуацион-	выполнение прак-
	тические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение	ние организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными	умение организовывать и проводить	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными	ных задач, разработок а клинических кейсов	тические навыки, ковы, ситуационных задач, соблюдение
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применения навыков проведения профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за	Успешные и	решение ситуаций, разработок а клинических кейсов	выполнение практических навыков, ситуационных задач, соблюдение
ИД ПК 2.4. Демонстрирует умение организовывать и проводить диагностические и лечебные мероприятия при гинекологических заболеваниях и беременности в общей врачебной практике						

Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных гинекологических заболеваний; показаний	Общие, но не структурированные знания • этиологии и патогенеза наиболее распространенных гинекологических заболеваний; показаний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных гинекологических заболеваний; показаний	Сформированные систематические знания этиологии	решение тестовых заданий, ситуаций, действий, разбор а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических заданий, соблюдение
Уметь	Частичное освоение умения проводить диагностику, гинекологических заболеваний у женщин;	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить диагностику, гинекологических заболеваний у	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить диагностику, гинекологических заболеваний у женщин;	Сформированное умение проводить диагностику, гинекологических заболеваний у женщин;	решение ситуационных задач, разбор а клинических кейсов	выполнение практических заданий, соблюдение
	Уметь проводить диагностику беременности в условиях общей врачебной практики	некологических заболеваний у Уметь проводить диагностику беременности в условиях общей врачебной практики	ку, гинекологических заболеваний у женщин; Уметь проводить диагностику беременности в условиях общей врачебной практики	заболеваний у женщин; Уметь проводить диагностику беременности в	разр аботка клинических кейсов	нав ы-ков, ситуационных задач, соблюдение

						ие
Владеть	Фрагментарное применение навыков методик организации и проведения диагностических и лечебных мероприятий при гинекологических заболеваниях и беременности в общей врачебной практике	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методик организации и проведения диагностических и лечебных мероприятий при гинекологических заболеваниях и беременности в общей врачебной практике	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методик организации и проведения диагностических и лечебных мероприятий при гинекологических заболеваниях и беременности в общей врачебной практике	Успешное и	и реше-ние ситуационных задач, разра-ботка кли-ниче-ских кейс-ов	вы-пол-нение пра-ктиче-ских на-вы-ков, ситуацион-ных зада-ч, собе-седо-ван-ие
ПК-3. Способен оказывать первичную медико-санитарную помощь детям в общей врачебной практике						
ИД ПК 3.1. Демонстрирует умение проводить обследование детей и устанавливать диагноз в общей врачебной практике						

Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных заболеваний детей; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний у детей, показания к направлению на консультацию к специалисту.	Общие, но не структурированные знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных заболеваний детей; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний у детей, показания к	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии и патогенеза наиболее распространенных заболеваний детей; особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний у детей, показания к направлению на консультацию к специалисту	Сформированные систематические знания этиологии и особенности проявления клиники и течения по всему спектру заболеваний у детей, показания к направлению на консультацию к специалисту	решение тестовых заданий, ситуаций, проблемных задач, разбора ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических заданий, решение проблемных задач, исследование
Уметь	Частичное освоение умения проводить диагностику, дифференциальную диагностику	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить	Сформированное умение проводить диагностику, дифференциальную	решение ситуационных задач	выполнение практических
	стику болезней человека.	диагностику, дифференциальную диагностику болезней человека.	дифференциальную диагностику болезней человека.	фференциальную диагностику болезней человека.	задачи, разбора ботк а клинических кейсов	ски х нав быков, ситуационных задач, исследование

Владеть	Фрагментарное применение навыков методов и	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методов и технологий скрининга, диагностики и болезней человека, используя ресурсы общей врачебной практики	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методов и технологий скрининга, диагностики и болезней человека, используя ресурсы общей врачебной практики	Успешное и систематическое применение навыков методов и технологий скрининга, диагностики и болезней человека, используя ресурсы общей врачебной практики	решение ситуационных задач, разрабатывать клинических кейсов	выполнение практических - навыков, ситуационных задач, соблюдение - вание
ИД ПК 3.2. Демонстрирует умение организовывать и проводить лечение детей в амбулаторных условиях, контролировать его эффективность и безопасность						
Знать	Фрагментарные знания основных немедикаментозных методов и средств лечения болезней детей соответственно действующим клиническим рекомендациям	Общие, но не структурированные знания основных немедикаментозных и	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных немедикаментозных и медикаментозных методов и средств лечения болезней детей соответственно действующим клиническим рекомендациям	Сформированные систематические знания основных немедикаментозных и медикаментозных методов и средств лечения болезней детей соответственно действующим клиническим рекомендациям	решение тестовых задач, разрабатывать клинических кейсов	решение тестовых задач, выполнение практических - навыков, ситуационных задач, соблюдение - ван ие

Уметь	Частично освоен-ное умение орга- низовывать и про-водить лечение детей, контроли- ровать его эффек- тивность и без- опасность в об- щей врачебной практике	В целом успеш-ное, но не систе- матически осу- ществляемое уме-ние организовы- вать и проводить лечение детей, контролировать его эффектив- ность и безопас-ность в общей	В целом успеш-ное, но содер-жащее отдель-ные пробелы умение органи- зовывать и про-водить лечение детей, контро- лировать его эффективност ь и безопасность в	Сформиро- ванное уме-ние органи- зовывать и проводить лечение де-тей, контро- лировать его эффектив- ность и без- опасность в	реш е- ние сит уа- цио н- ных зад ач, раз ра- бот ка кли - ни че- ски х	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- ци он- ны х
		врачебной прак-тике	общей врачеб-ной практике	общей вра- чебной прак-тике	кейсо в	зад ач, соб е- сед о- ван ие
Владеть	Фрагментарное применение навы-ков методик орга- низации лечения детей, контроля его эффективно- сти и безопасно-сти в общей вра- чебной практике	В целом успеш-ное, но не систе- матическое при-менение навыков методик органи-зации лечения детей, контроля его эффективно- сти и безопасно-сти в общей вра- чебной практике	В целом успеш-ное, но содер- жащее отдель- ные пробелы применение навыков мето- дик организации лечения детей, контроля его эффективност и и безопасности в общей врачеб-ной практике	Успешное и систематич е-ское приме- нение навы-ков методик организаци и лечения де-тей, контроля его эффек- тивности и безопаснос ти в общей вра- чебной прак-тике	реш е- ние ситу а- цио н- ных зада ч, разр а- ботк а кли- нич е- ских кейс ов	вы- пол не- ние пра к- тиче - ских нав ы- ков, ситу а- цио н- ных зада ч, собе - седо - вание
ИД ПК 3.3. Демонстрирует умение организовывать и проводить медицинские осмотры, профилактические ме- дицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение детей						

Знать	Фрагментарные знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации и детей 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	Общие, но не структурированные знания нормативных документов, и профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации 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	Сформированные систематические знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации 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	решение тестовых задач, разрабатываемых клиницистами кейсов	решение тестовых задач, выполнение практических навыков, ситуационное поведение
Уметь	Частично освоенное умение организовывать и проводить	В целом успешное, но не систематически осущ	В целом успешное, но содержащее отдель	Сформированное умение органи	решение ситу	выполнение

	водить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными детьми	существляемое умение организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными детьми	ные пробелы умение организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными детьми	зовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными детьми	цио н-ных задач, разрабатывать клинических кейсов	практические навыки, ситую задачу, соблюдение
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми	Успешное и систематическое применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических навыков, ситуационных задач, соблюдение
ПК-4. Способен оказывать паллиативную первичную врачебную помощь						
ИД ПК 4.1. Демонстрирует умение организовывать и проводить диагностические и лечебные мероприятия при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике						

Знать	Фрагментарные знания нормативно-правовой базы по оказанию паллиативной первичной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	Общие, но не структурированные знания нормативно-правовой базы по оказанию паллиативной первичной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания нормативно-правовой базы по оказанию паллиативной первичной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	Сформированные систематические знания нормативно-правовой базы по оказанию паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	решение тестовых заданий, ситуаций, разбор ботк а клинических кейсов	решение тестовых заданий, выполнение практических - ских навыков, ситуационных задач, соблюдение - ван ие
Уметь	Частичное освоение умения организовывать и про-	В целом успешное, но не систематически осу-	В целом успешное, но содержащее отдель-	Сформированное умение органи-	решение ситуаций	выполнение
	водить диагностические и лечебные мероприятия при оказании паллиативной первичной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	осуществляемое умение организовывать и проводить диагностические и лечебные мероприятия при оказании паллиативной первичной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	ные пробелы умение организовывать и проводить диагностические и лечебные мероприятия при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	зовывать и проводить диагностические и лечебные мероприятия при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей	ционных задач, разбор ботк а клинических кейсов	практические навыки, ситуационных задач, соблюдение

				врачебной практике		
Владеть	Фрагментарное применение навыков методики организации проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методики организации проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методики организации проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	Успешное и систематическое применение навыков методики организации проведения диагностических и лечебных мероприятий при оказании паллиативной первичной врачебной медицинской помощи взрослому населению в общей врачебной практике	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических - навыков, ситуационных задач, соблюдение - вание
ПК-5. Способен проводить тематические научные исследования						
ИД ПК 5.1. Демонстрирует умение проводить тематический научный обзор с учетом установленных принципов и технических требований, предъявляемых к оформлению научной работы						

Знать	Фрагментарные знания что такое научный обзор, принципы и технические требования, предъявляемые к оформлению научной работы	Общие, но не структурированные знания что такое научный обзор, принципы и технические требования, предъявляемые к оформлению научной работы	Сформированные, но содержание отдельные пробелы знания что такое научный обзор, принципы и технические требования, предъявляемые к оформлению научной работы	Сформированные систематические знания что такое научный обзор, принципы и технические требования, предъявляемые к оформлению научной работы	решение тестовых задач, ситуаций, решений, действий, кейсов	решение тестовых задач, решений, выполнения непрактических навыков, ситуаций, действий, задач,
						собеседование
Уметь	Частично освоенное умение анализировать данные научных статей по выбранной теме, оформлять научную работу в соответствии с предъявляемыми требованиями	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение анализировать данные научных статей по выбранной теме, оформлять научную работу в соответствии с предъявляемыми требованиями	В целом успешное, но содержание отдельные пробелы умение анализировать данные научных статей по выбранной теме, оформлять научную работу в соответствии с предъявляемыми требованиями	Сформированное умение анализировать данные научных статей по выбранной теме, оформлять научную работу в соответствии с предъявляемыми требованиями	решение ситуаций, действий, задач, решений, действий, кейсов	выполнение практических навыков, ситуаций, действий, собеседование

Владеть	Фрагментарное применение навыков методики составления обзора научной литературы по заданной тематике	В целом успешное, но не систематическое применение навыков методики составления обзора научной литературы по заданной тематике	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методики составления обзора научной литературы по заданной тематике	Успешное и систематическое применение навыков методики составления обзора научной литературы по заданной тематике	решение ситуационных задач, разработка клинических кейсов	выполнение практических заданий

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 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицинской и фармации в профессиональном контексте	Примерные вопросы к экзамену 1. История и перспективы развития ОВП(СМ) в России и за рубежом 2. Определения специальности, основных характеристик и задач ОВП 3. Определения врача-специалиста и основных компетенций ВОП (СВ) 4. Обязанности ВОП (СВ) для обеспечения качественной клинической практики в ОВП 5. Умение работе с семьей 6. Порядок оказания паллиативной помощи пациентам 7. Проведение профилактических мероприятий обслуживаемому населению. Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля 1. Определение специальности «общая врачебная практики (семенная медицина)». Определение «общая врачебная практика (семенная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки. 2. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по

	принципу ВОП/СВ в РФ и практическая значимость европейской концепции определения «общая врачебная практика (семейная медицина)». 3. Определение «врач общей практики (семейный врач)». Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенции. 4. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача). 5. Фундаментальные особенности ОВП. 6. Определения «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ. 7. Практическая значимость для российского здравоохранения европейского определения основных профессиональных компетенции ВОП/СВ. 8. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) и специалиста - (врач общей практики (семейный врач) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации 1 уровень: 1. Правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача) включены в 1) *порядки оказания медицинской помощи 2) стандарты медицинской помощи 3) протоколы ведения пациентов 4) клинические рекомендации 2. Стандарты медицинской помощи утверждаются 1) Правительством РФ 2) руководством медицинской организации 3) Российской академией наук 4) *Министерством здравоохранения РФ 3. Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10 000 населения оценивается по: 1) Численности населения на врачебных участках 2) Соотношению врачебного и среднего медицинского персонала 3) Заболеваемости 4) *Физическим лицам 4. Доступность медицинской помощи обеспечивается главным образом: 1) Закупкой недостающих медикаментов за рубежом 2) Финансированием научно-исследовательского сектора 3) *Развитием первичной медико-санитарной помощи 4) Изменением номенклатуры специальностей медицинских работников 5. Этапы оказания медицинской помощи включены в: 1) Стандарты медицинской помощи 2) Клинические рекомендации 3) *Порядки оказания медицинской помощи 4) Протоколы ведения пациентов 6. В соответствии с законом РФ полис обязательного медицинского страхования имеет силу 1) *На всей территории РФ 2) Только на территории того субъекта РФ, где проживает

	застрахован- ный

	3) Только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис 4) На территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан 7. Медицинское страхование является формой 1) Ответственности за неисполнение рекомендаций врача 2) Охраны жизни, трудоспособности человека 3) *Социальной защиты интересов в охране здоровья 4) Обязательств по предоставлению пособий по нетрудоспособности 8. Не допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя 1) При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений 2) В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю 3) По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством 4) *По просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья граж- данина 9. Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской по- мощи должна включать 1) Порядки оказания медицинской помощи 2) Стандарты медицинской помощи 3) Протоколы ведения пациентов 4) *объем соответствующего вида медицинской помощи 10. Если в трудовом договоре не оговорен срок его действия, то договор считается 1) Заключенным на срок не менее одного года 2) Заключенным на срок не менее двух лет 3) *заключенным на неопределенный срок 4) Недействительным 11. Обязательное медицинское страхование (омс) регулируется 1) Медицинскими учреждениями 2) Страховыми организациями 3) *Государством 4) Фондами омс 12. Документом, наличие которого обязательно для льготного лекарственного обеспечения в рамках федеральной льготы, является 1) Пенсионное удостоверение 2) *справка едв 3) Справка из поликлиники по месту жительства 4) Инн 13. Целью медицинского страхования в России является 1) *гарантирование гражданам медицинской помощи при возникнове- нии страхового случая за счёт накопленных средств 2) Усиление ответственности медицинских 3) работников за качество медицинской помощи 4) Сохранение и укрепление здоровья населения 5) Упорядочение отчетности медицинских организаций 14. Минимальный размер оплаты труда в здравоохранении устанавливается на уровне 1) *федеральном 2) муниципальном 3) региональном 4) областном 15. К условиям оказания медицинской помощи относят 1) первичные медико-санитарные, специализированные, паллиативные 2) экстренные, неотложные, плановые 3) ^[1]_{сеп}*амбулаторные, стационарные,

	4) стационарные дневные, вне медицинской организации 5) разной степени комфортности 16. Технологические медицинские стандарты регламентируют 1) порядок разработки и внедрения новых способов диагностики и лечения 2) требование к оборудованию медицинских учреждений 3) квалификацию специалистов-медиков 4) *процесс оказания медицинской помощи 17. Каждый гражданин имеет право выбора врача общей практики в выбранной медицинской организации ____раза в год 1) 1* 2) 4 3) 2 4) 3 18. Первичная медико-санитарная помощь может оказываться в 1) диспансере 2) офисе врача общей практики* 3) бюро судебно-медицинской экспертизы 4) станции переливания крови 19. При проведении контроля качества диспансеризации необходимо учитывать, что объем медицинского обследования на первом этапе определяют в соответствии с 1) рекомендациями врачей специалистов поликлиники 2) желанием гражданина, оформленном в письменном виде 3) порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения* 4) назначениями врача общей практики 20. Вторичная профилактика направлена на 1) сохранение и развитие условий, способствующих здоровью 2) снижение смертности, летальности и инвалидности трудоспособного населения 3) ранее выявление отклонений в жизнедеятельности организма, лечение и профилактику осложнений* 4) снижение первичной заболеваемости 2 уровень: 1. Установите соответствие. 1 (1) Пожилой возраст по ВОЗ 2 (2) Старческий возраст по ВОЗ [1] 60-74 года [2] 75-89 лет [3] 65-74 года [4] 75-94 года Ответ; 1 – 1; 2 - 4 2. Установите соответствие между клиническим синдромом и его признаками <table border="1"> <tr> <td>А. Нефротический синдром</td><td>1. Массивная протеинурия</td></tr> <tr> <td>Б. Остронефритический синдром</td><td>2. Гипоальбуминемия</td></tr> <tr> <td>В. Синдром дисфункции канальцев</td><td>3. Отеки</td></tr> <tr> <td></td><td>4. Артериальная гипертензия</td></tr> </table>	А. Нефротический синдром	1. Массивная протеинурия	Б. Остронефритический синдром	2. Гипоальбуминемия	В. Синдром дисфункции канальцев	3. Отеки		4. Артериальная гипертензия
А. Нефротический синдром	1. Массивная протеинурия								
Б. Остронефритический синдром	2. Гипоальбуминемия								
В. Синдром дисфункции канальцев	3. Отеки								
	4. Артериальная гипертензия								

		5. Олигурия
		6. Полиурия
А - 1, 2, 3; Б – 3, 4, 5; В – 6.		
3. Установите соответствие между клиническим значением и видом исследования:		
А. Количественное исследование мочевого осадка	1.Проба Нечипоренко	
Б. Исследование скорости клубочковой фильтрации	2.Проба Амбурже	
В. Исследование концентрационной функции почек	3.Проба Реберга	
	4.Проба Зимницкого	
	5.Проба с полусухоядением	
А - 1, 2, Б – 3, В – 4, 5.		
3 уровень:		
1. На участке ВОП/СВ отмечаются следующие показатели: Частота вновь выявленных больных туберкулезом – нет; Полнота охвата населения ФГ-обследованием -90% от числа подлежащих обследованию; Полнота охвата бактериоскопическим исследованием – 90% от числа подлежащих обследованию; Отсутствие заболеваний в контактных в очагах туберкулезной инфекции Имелся один запущенный случай заболевания туберкулезом у больного за день до смерти прибывшего на участок ВОП/СВ		
1) Работа врача по профилактике туберкулеза на данном участке может быть рассмотрена как		
А) оптимальная*		
Б) неудовлетворительная		
2) Случай смерти пациента по причине запущенного туберкулеза характеризует недостаточный уровень деятельности ВОП/СВ в случае, если смерть произошла		
А) на дому*		
Б) в терапевтическом стационаре		
В) в туберкулезном отделении		
Г) в реанимации		
2.Беременная С. 35 лет, первая беременность. Наблюдалась у врача общей практики и экстренно поступила в перинатальный центр с диагнозом: Беременность 32 недели, сочетанный поздний гестоз, тяжелый на фоне сахарного диабета 1 типа,тяжелого течения со склонностью к кетоацидозу, диабетическая ретинопатия 2ст, хроническая плацентарная недостаточность, диабетическая фетопатия. На фоне лечения в течение 2 суток состояние не улучшилось, родоразрешена в экстренном порядке путем операции кесарево сечение. Родился живой доношенный мальчик с массой 2500гр в асфиксии с выраженной диабетической фетопатией, ребенок умер на 2-е сутки. Родильница выписана домой на 10-е сутки под наблюдение врача общей практики		
1. На сколько дней женщина получит послеродовой отпуск		
А) 86*		
Б) 70		
В)		

50
Г)11
0

2. Отпуск увеличивается в связи
А) тяжелой экстрагенитальной патологией
родильницы* Б) со смертью новорожденного
В) с операцией кесарево
сечение Г) с родами на 32
неделе

Задания открытого типа

1. I группа здоровья – это _____

Ответ: граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют их факторы риска развития или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном ССР и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

2. II группа – это _____

Ответ: граждане, у которых нет ХНИЗ, но есть факторы риска их развития при высоком или очень высоком абсолютном ССР, лица, у которых выявлено ожирение, гиперхолестеринемия ($ОХ > 8$ ммоль/л), курение более 20 сигарет в день, риск пагубного потребления алкоголя, риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

3. IIIa группа здоровья- это _____

Ответ: граждане, имеющие ХНИЗ, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

4. IIIб группа здоровья- это _____

Ответ: граждане, не имеющие ХНИЗ, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

5. Подлежат наблюдению в кабинете/отделении профилактики поликлиники пациенты со II группой здоровья _____

Ответ: с высоким или очень высоким риском за исключением пациентов с общим уровнем холестерина 8 ммоль/л и более

6. Диспансеризация представляет собой _____

Ответ: комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ

7. Санитарные нормы и правила — это _____...

Ответ: технические нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования, несоблюдение которых создает

	угрозу жизни и здоровью населения, а также угрозу возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний 8.Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно: 1) 2) 3) Ответ: 1) в качестве самостоятельного мероприятия; 2) В рамках диспансеризации; 3) В рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в те- кущем году диспансерного приема (осмотра, консультации) 9. Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и дис- пансеризацию в_____ Ответ: медицинской организации, в которой он получает первичную меди- ко-санитарную помощь. 10. Осмотр врача общей практики (семейного врача) на выявление визу- альных и иных онкологических заболеваний включает осмотр_____ Ответ: кожных покровов, слизистых губ и ротовой полости, пальпацию щи- товидной железы, лимфатических узлов
	Примерные ситуационные задачи Задача 1 В городе N в 2017 году численность населения составила 2 100 000 человек, а в 2016 году – 2 090 000. Число прибывших в данном году равнялось 96 000 человек, число выбывших – 86 000 человек. В 2017 году родилось живыми 30 220 детей. Из них у женщин 20 – 24 лет родилось 4 500 детей. Среди всего населения женщины фер- тильного возраста составили 310 000 человек, в том числе в возрасте 20 – 24 года – 58 000. Среди всего населения в 2017 году умерло от различных причин – 23 180 человек, в том числе от болезней системы кровообращения – 8 100, от новообразо- ваний – 4 900, от травм и отравлений – 4 800, от болезней органов дыхания – 4 100, от прочих причин – 1 280. 1-Перечислите статистические показатели, которые возможно рассчитать по усло- виям данной задачи 2-Дайте определение фертильности 3-Дайте методику расчета коэффициента рождаемости 4-Дайте методику расчета коэффициента смертности 5-Дайте определение экстенсивных коэффициентов, из имеющихся условий данной задачи укажите, какие возможные показатели являются экстенсивными. Задача 2 Для разработки комплексного плана оздоровительных мероприятий для студентов медицинского вуза главным врачом студенческой поликлиники совместно с пред- ставителями студенческого профсоюзного комитета вуза проведено изучение влия- ния факторов риска на распространенность болезней органов пищеварения (БОП) у студентов. 1) Перечислите наиболее значимые поведенческие факторы риска возникновения и развития социально-значимых заболеваний и их диагностические критерии, распро- страненные среди населения РФ. 2) Определите цель и задачи данного исследования 3) Определите единицу наблюдения, ее учетные признаки (атрибутивные, количе- ственные, результативные, факторные) 4) Составьте программу сбора данных, которая будет соответствовать цели и зада- чам исследования и отображать основные признаки различия, содержащую 10-12 изучаемых признаков.

5) Составьте макеты статистических таблиц, которые вы могли бы использовать для группировки данных и выявления наличия связи между признаками.

Задача 3

В терапевтическом отделении городской поликлиники состоит на диспансерном учете 457 больных бронхиальной астмой. В течение 2017 года 25 человек не были ни разу осмотрены врачом, 237 больных были осмотрены дважды.

Диспансеризация в течение года дала следующие результаты: по данным этапных эпикризов улучшение в состоянии здоровья отмечалось у 218 больных, без перемен – 203, ухудшение у 11. Всего в отчетном году зарегистрировано 572 случая и 6237 дней утраты трудоспособности в связи с основным заболеванием (соответствующие показатели предыдущего года наблюдения – 137,5 случаев и 1744,5 дня на 100 больных).

- 1) Дайте определение диспансеризации
- 2) По условиям данной задачи, укажите показатели, по которым можно оценить качество и эффективность диспансеризации больных бронхиальной астмой
- 3) Рассчитайте удельный вес больных, осмотренных дважды;
- 4) Рассчитайте долю лиц с улучшением, ухудшением или не изменившимся состоянием общего здоровья:
- 5) По полученным данным сформулируйте вывод

Перечень практических навыков

- характеристика рабочего места ВОП/СВ с оснащением;
- паспорт участка с анализом его данных
- **Характеристика показателя смертности на участке:**

Общая смертность;

Структура смертности по нозологиям;

Смертность в трудоспособном возрасте по нозологиям;

Выявление ЗНО I-IIст.

III-IVст.

Примерный шаблон кейса:

И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Выделите семейные факторы, которые могут повлиять на клиническую ситуацию
В		Выделите факторы риска, суммарный СС риск.
Э		
В		Тактика врача по дальнейшему ведению пациента. Рекомендации для семьи.
Э		
В		Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О		
В		Целевые показатели факторов риска
Э		

УК-3 Способен руко- водить работой ко- манды врачей, сред- него и младшего ме- дицинского персо- на- ла, организовывать процесс оказания медицинской помо- щи населению	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации 1 уровень: 1. Выберите все правильные ответы. В обязанности врача общей практики входит: а) оказание медицинской помощи * б) направление на санаторно-курортное лечение * в) определение группы инвалидности г) выдача листка нетрудоспособности * 2. Выберите один правильный ответ. В функциональные обязанности регистратуры входит: а) оказание неотложной помощи б) распределение потока больных в поликлинике * в) выдача направлений на обследование г) оформление документов по диспансеризации 3. Участковая медицинская сестра территориального терапевтического участка непосредственно подчиняется и работает под руководством_ 1.врача-терапевта участкового;* 2.заведующего поликлиникой; 3.старшей медицинской сестры; 4.заместителя главного врача 4. Выберите один наиболее правильный ответ. При выявлении инфекционного заболевания на терапевтическом участке оформля- ется: а) листок нетрудоспособности б) экстренное извещение об инфекционном заболевании * в) контрольная карта диспансерного больного г) карта учёта диспансеризации 5. Выберите один правильный ответ. К мерам первичной медицинской профилактики относятся: а) санаторно-курортное лечение б) противорецидивное лечение в) гигиеническое воспитание населения * г) реабилитационные мероприятия 6. Выберите все правильные ответы. В функциональные обязанности врача-терапевта участкового входят: а) формирование врачебного участка * б) санитарно-гигиеническое воспитание населения * в) диспансерное наблюдение пациентов * г) перевод в облегченные условия труда нуждающегося в этом пациента 7. Выберите один правильный ответ. На льготное лекарственное обеспечение имеют право пациенты с: а) сахарным диабетом * б) остеоартритом в) язвенной болезнью г) ХОБЛ 8. Выберите все правильные ответы. Учетная форма N 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицин-

	скую помощь в амбулаторных условиях» оформляется: а) на пациентов, обращающихся за медицинской помощью только в специализиро-

	ванные медицинские организации б) на каждого пациента, впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях * в) отдельно каждым врачом, проводящим лечение в амбулаторных условиях г) только при первом и завершающем посещении пациента поликлиники 9. Выберите один правильный ответ. Врач и/или медицинский работник со средним профессиональным образованием заполняет на всех пациентов, обращающихся в медицинские организации ПМСП при каждом их обращении и посещении к врачу: 1. талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (Форма № 025-1/у)* 2. паспорт врачебного участка (Форма N 030-13/у) 3. медицинская справка/врачебное профессионально-консультативное заключение (форма № 086/у) 4. контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) 10. Выберите один правильный ответ. При обращении к врачу-терапевту участковому в пункте 19 учетной формы N 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» необходимо выбрать пункт: а) первичная доврачебная медико-санитарная помощь б) первичная врачебная медико-санитарная помощь * в) первичная специализированная медико-санитарная помощь г) паллиативная медицинская помощь 11. При работе с медицинской документацией участковая медицинская сестра должна знать, что номер учетной формы N 030/у «контрольная карта диспансерного наблюдения должен соответствовать номеру: а) страхового медицинского полиса пациента б) СНИЛС пациента в) медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма n 025/у) * г) талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма n 025-1/у) 12. Выберите один правильный ответ. Обеспеченность населения врачебными кадрами на 10000 населения оценивается по а) численности населения на врачебных участках б) заболеваемости в) соотношению врачебного и среднего медицинского персонала г) штатным должностям* 13. Учетная форма N 070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение" (далее - Справка) заполняется 1. медицинским работником со средним медицинским образованием и заверяется подписью лечащего врача или врача-специалиста и печатью медицинской организации;* 2. регистратором и заверяется подписью заместителя главного врача и печатью медицинской организации; 3. врачом-специалистом и заверяется подписью лечащего врача и личной печатью 4. медицинским работником со средним медицинским образованием и заверяется подписью лечащего врача или врача-специалиста и личной печатью 14. В соответствии с Порядком диспансерного наблюдения, врач-терапевт участковый устанавливает дату явки пациентов на следующий диспансерного

	прием, на основании чего участковая медицинская сестра формирует: 1. списки подлежащих осмотру в предстоящем месяце и приглашает их по телефону;

	* 2.списки подлежащих осмотру и передает их в регистратуру для приглашения на прием; 3.отчет о проведении диспансерного наблюдения и его эффективности; 4.списки подлежащих флюорографическому обследованию. 15. В случае нахождения врача-терапевта участкового сельской амбулатории в от- пуске руководителем медицинской организации имеет право возложить функции лечащего врача (выдача больничных листов, осмотр перед вакцинацией) на средне- го медицинского работника: 1.процедурную медицинскую сестру; 2.участковую медицинскую сестру; 3.главную медицинскую сестру; 4.фельдшера.* 16. Выберите один правильный ответ. За организацию и проведение диспансеризации и профилактического медицинского осмотра на терапевтическом участке отвечает: а) врач – терапевт участковый * б) заведующий отделением профилактики в) главный врач поликлиники г) председатель врачебной комиссии ЛПУ 17. Медицинскому персоналу осуществлять эвтаназию А) разрешается по просьбе пациента Б) допускается в исключительных случаях В) запрещается законом* Г) разрешается по просьбе родственников 18. Неоказание медицинской помощи без уважительной причины пациенту, нуждающемуся в ней, - это А) преступление* Б) должностной подлог В) взяточничество Г) злоупотребление служебным положением 19. При установлении очередности оказания медицинской помощи несколь- ким пациентам медсестра руководствуется: А) возрастом и полом Б) личным отношением В) социальным статусом Г) медицинскими показаниями* 20. Планирование численности медицинского персонала учреждения осу- ществляется на основании: А) штатных нормативов* Б) наличия специалистов В) образования сотрудников Г) квалификации медицинских работников 2 уровень

	1. Выберите соответствие между степенью ограничения жизнедеятельности и группой инвалидности А) первая степень Б) вторая степень В) третья степень

	1. первая группа 2. вторая группа 3. третья группа Эталон: А-З; Б-2; В-З 2. Учетные статистические формы информируют о выявлении каких заболеваний Учетная статистическая форма: 1. № 090/у; 2. № 058/у; 3. № 091/у. Заболевание: А. Инфекционное заболевание; Б. Туберкулез легких; В. Психическое заболевание; Г. Злокачественное новообразование; Д. Венерическое заболевание; Е. Наркомания. 1) 1-Г; 2-А; 3-Е* 2) 1-А; 2-В,Е; 3-Г 3) 1-В; 2-Б; 3-А 3. Установите соответствие между группами риска среди населения и факторами риска по туберкулезу. Факторы риска: 1. Факторы риска инфицирования; 2. Факторы риска развития заболевания. Группы риска: А. Работники здравоохранения; Б. Лица из социально уязвимых групп населения (бездомные, безработные, мигранты); В. Лица, недавно инфицированные микобактериями туберкулеза (первые 2 года после заражения); Г. Больные ВИЧ- инфекцией. 1) 1-А, В; 2-Б, Г 2) 1-А, Б; 2-Б, В, Г* 3) 1-В, Б; 2-А, Б, В 3 уровень: 1. Задача 1. 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 II тона над легоч-

	ной артерией. На ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени, диффузное нарушение реполяризации. В клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 30 мм/ч, умеренный лейкоцитоз. Выберите правильный ответ: Вопрос 1. Вероятный клинический диагноз: кардиомиопатия стенокардия *миокардит Вопрос 2. Экспертиза трудоспособности: трудоспособна *нетрудоспособна, выдать справку формы N 095/у нетрудоспособна, выдать листок нетрудоспособности Вопрос 3. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации: * Д а н е т 2. Задача 2. Пациент, 67 лет, диагноз: ЦВБ. ПОНМК в виде правосторонней гемиплегии. Себя не обслуживает, самостоятельно не садится, не поворачивается в постели, ориенти- рован в полном объеме, функцию тазовых органов контролирует. Вопросы: 1) Нарушена функция систем органов у пациента 1. стато-динамическая* 2. сердечно-сосудистая 3. дыхательная 4. мочевыделительная 2) Степень стойкого нарушения функции А) IV степень* Б) III степень В) II степень Г) I степень 3) Степень ограничения жизнедеятельности А) 1 Б) 2 В) 3* Г) 4 4) Группа инвалидности, которую возможно определить у пациента А) 1* Б) 2

В) 3

5) Необходимое техническое средство реабилитации пациенту А) противопролежневый матрас*

Б) костыли

В)

«ходунки»

Г) трость

Задания открытого типа

1. Листок нетрудоспособности формируют (выдают) медицинские ра-

	ботники медицинских организаций, а имен- но _____: <i>Ответ:</i> лечащие врачи медицинских организаций (за исключением врачей структурного подразделения медицинской организации, оказывающего скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь); фельдшеры медицинских организаций - в случаях возложения на них от- дельных функций лечащего врача; зубные врачи медицинских организаций - при стоматологических заболе- ваниях в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей пер- вичную медико-санитарную помощь, или ее структурном подразделении врача-стоматолога 2. Формирование листков нетрудоспособности в форме электронного документа осуществляется при предъявлении _____ <i>Ответ:</i> документа, удостоверяющего личность, а также страхового номера индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС). 3. Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности врачом общей практики осуществляется _____ <i>Ответ:</i> после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоро- вья в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. 4. Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности за прошедшее время осуществляется _____ <i>Ответ:</i> по решению врачебной комиссии медицинской организации при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому. 5. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми до 18 лет при их болезни, связанной со злокачественными новообразованиями, выда- ется на _____ <i>Ответ:</i> весь период амбулаторного лечения и на весь период пребывания ребенка в стационаре 6. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми старше 15 лет по каждому случаю заболевания выдается _____ <i>Ответ:</i> при амбулаторном лечении — на срок до 3 дней, по решению вра- чебной комиссии — до 7 дней 7. Какие меры принимаются при отказе пациента от направления на МСЭ или несвоевременной его явке по неуважительной причине <i>Ответ:</i> листок нетрудоспособности не продлевают, делают соответствующую отметку в листке нетрудоспособности; 8. Перечислите уровни проведения экспертизы временной нетрудоспо- собности (ЭВН) и назовите участников на каждом уровне. <i>Ответ:</i> 1) 3 уровня 2) 1-й уровень -лечащий врач и заведующий отделением; 2-й - заместитель главного врача по клинико-экспертной работе; 3-й - врачебная комиссия 9. Документ, являющийся основой для внесения данных в Форму 088/у (направление на медико-социальную экспертизу) <i>Ответ:</i> протокол врачебной комиссии медицинской организации, оказыва- ющей медицинскую помощь. 10. Данные, которые вносятся врачом в раздел II направления на медико- социальную экспертизу (форма 088/у)

	<i>Ответ:</i> 1) клинико-функциональные данные гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, 2) сведения о результатах медицинских обследований, 3) результаты проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятий
ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Примерные вопросы к экзамену (с №8 по №12 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Проведение клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП 2. Проведение лабораторной и инструментальной диагностики в рамках своей компетенции. 3. Показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам 4. Интерпретация данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований 5. Разъяснение пациентам характера исследований и его результаты в доступной форме Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №9 по №13 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Особенности проведения клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП в зависимости от возраста, пола, у беременных, лежачих пациентов. 2. Особенности проведения лабораторной и инструментальной диагностики в ОВП: правила подготовки пациентов к обследованиям в ОВП 3. Показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам – взаимодействие с узкими специалистами в ОВП 4. Интерпретация данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований: правила интерпретации с учетом возраста, пола и др. особенностей обследования 5. Разъяснение пациентам характера исследований и его результаты в доступной форме: методы общения с пациентами при сообщении результатов исследования.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

1. Термин изостенурия означает:

- а) редкое мочеиспускание
- б) увеличение суточного диуреза
- в) полное прекращение выделения мочи
- г) осмотическая концентрация мочи равна осмотической концентрации первичной мочи (или безбелковой плазме крови)
- д) осмотическая концентрация мочи ниже осмотической концентрации первичной мочи (или безбелковой плазме крови)

2. Для острой почечной недостаточности

характерно: а) Увеличение суточного диуреза

б) Уменьшение или полное прекращение выделения мочи в) Преобладание ночного диуреза

Частое мочеиспускание

г) Болезненное мочеиспускание

3. Моча цвета «мясных помоев» отмечается

при: а) острым диффузном

гломерулонефрите

б) пиелонефрите

	в) сахарном диабете г) амилоидозе почек д) всех перечисленных заболеваниях 4. Розовый или красный цвет мочи может свидетельствовать о наличии: а) эритроцитов б) гемоглобина в) уропорфиринов г) миоглобина д) всего перечисленного * 5. Цвет мочи в присутствии большого количества лимфы: а) красный б) темно-бурый в) соломенно-желтый г) зеленовато-желтый д) молочный * 6. Протеинурия может сопровождать: а) острый гломерулонефрит б) хронический гломерулонефрит в) острый пиелонефрит г) хронический пиелонефрит д) все перечисленные заболевания * 7. Протеинурия может быть показателем поражения: а) клубочков почек б) канальцев почек в) мочевыводящих путей организма г) всего перечисленного * 8. Слизь, кровь и гной на поверхности оформленных каловых масс встречается при: а) дистальном язвенном колите б) раке прямой кишки в) геморрое г) всех перечисленных заболеваниях * 9. При гнилостном колите наблюдается: а) кашицеобразный кал б) кал лентовидной формы в) кал в виде крупных комков г) кал в виде мелких фрагментов («овечий») д) все перечисленное * 10. Билирубин в кале обнаруживается при: а) гастрите б) дуоденит в) панкреат ите г) хроническом энтерите

	д) дисбактериозе * 11. Слизь, кровь и гной на поверхности оформленных каловых масса встречается при: а) дистальном язвенном колите б) раке прямой кишки в) геморрое г) всех перечисленных заболевания * д) правильного ответа нет

	12. Причиной увеличения связанной соляной кислоты в желудочном содержимом является: а) застой желудочного содержимого б) злокачественное новообразование желудка в) гастрит г) все перечисленные факторы * д) ни один из перечисленных факторов 13. Причинами увеличения кислотного остатка могут быть: а) застой желудочного содержимого б) продукты жизнедеятельности палочек молочно-кислого брожения в) продукты жизнедеятельности сарцин г) продукты распада злокачественного новообразования д) все перечисленные факторы * 14. Термин «ахилия» означает отсутствие: а) свободной соляной кислоты б) свободной и связанной соляной кислоты в) свободной, связанной соляной кислоты и пепсина * г) пепсина д) правильного ответа нет 15. Общая кислотность желудочного содержимого складывается из: а) свободной соляной кислоты б) свободной и связанной соляной кислоты в) свободной соляной кислоты и кислотного остатка г) свободной соляной кислоты, связанной соляной кислоты и кислотного остатка * д) всего перечисленного 16. Кислотообразующая функция желудка связана с: а) фундальным отделом желудка * б) кардиальным отделом желудка в) пилорическим отделом желудка г) всеми перечисленными отделами желудка д) нет правильного ответа 17. К пневмомикозам можно отнести: а) фавус б) кандидомикоз * в) эпидермофитию г) рубромикоз д) все перечисленное 18. Кристаллы гематоидина в мокроте обнаруживают при: а. бронхопневмонии б. гангрене легкого * с. бронхите д. бронхиальной астме е. крупозной пневмонии 19. Желудочную секрецию исследуют: а) фракционным методом зондирования тонким зондом б) внутрижелудочной рН-метрией в) беззондовыми методами г) определением уропепсина по

	Туголукову д) всеми перечисленными методам *

	20. Значительное снижение кислотности характерно для: а) хронического атрофического гастрита * б) раздраженного желудка в) хронического поверхностного гастрита г) рубцово-язвенного сужения привратника д) всего перечисленного 21. Бледная окраска желчи наблюдается при: а) гемолитической анемии б) инфекционном гепатите * в) дуодените г) холецистите д) всех перечисленных заболеваниях 22. Нормальную (коричневую) окраску каловых масс определяет: а) углеводная пища б) белковая пища в) жиры г) стеркобилин * д) копропорфирин 23. Кислую реакцию кала обуславливает: а) быстрая эвакуация пищи по кишечнику б) колит в) нарушение расщепления углеводов * г) преобладание белковой пищи д) преобладание жиров 24. Белок в каловых массах здорового человека (положительная реакция Вишнякова-Трибуле): а) присутству ет б) отсутствуе т * в) реакция слабо положительная г) реакция резко положительная д) все ответы правильные 25. Протеинурия может быть показателем поражения: а) клубочков почек б) канальцев почек в) мочевыводящих путей организма г) всего перечисленного * 26. Для острой почечной недостаточности характерно: а) Увеличение суточного диуреза б) Уменьшение или полное прекращение выделения мочи в) Преобладание ночного диуреза Частое мочеиспускание * г) Болезненное мочеиспускание 27. К ускорению СОЭ не приводят:

	а) повышение содержания фибриногена б) повышение содержания глобулиновых фракций в) изменение в крови содержания гаптоглобулина и альфа-2-макроглобулина г) нарастание в крови концентрации патологических иммуноглобулинов д) увеличение концентрации желчных кислот * 28. Подсчет эритроцитов рекомендуется проводить сразу после взятия крови при: а) железодефицитных анемиях

	б) гемолитических анемиях в) апластических анемиях г) В12- дефицитных анемиях д) всех перечисленных анемиях *	
	2 уровень: 1. Установите соответствие между клиническим значением и видом исследования:	
	А. Количественное исследование мочевого осадка	1.Проба Нечипоренко
	Б.Исследование скорости клубочковой фильтрации	2.Проба Амбурже
	В.Исследование концентрационной функции почек	3.Проба Реберга
		4.Проба Зимницкого
		5.Проба с полусухождением
	А - 1, 2, Б – 3, В – 4, 5. 2. Установите соответствие между видом инструментального исследования и ограничениями его применения	
	А. Ультразвуковое исследование почек	1. Противопоказано при беременн
	Б.Обзорная рентгенография почек и мочевых путей	2.Противопоказано при почечной ности
	В.Внутривенная (экскреторная) урография	3.Противопоказано при аллергии йода в анамнезе
	Г.Компьютерная томография почек с контрастированием	4. Не имеет противопоказаний
	А – 4. Б – 1. В – 1, 2, 3. Г – 1, 2, 3. 3. Установите соответствие между количеством рекомендуемого белка в сутки и стадией диабетической нефропатии. Стадия диабетической нефропатии: 1. Стадия микроальбуминурии; 2. Стадия протеинурии с сохранной азотовыделительной функцией; 3. Стадия ХПН. Суточное потребление белка с пищей: А. 1 г/кг/сутки; Б. 0,8 г/кг/сутки; В. 0,6 г/кг/сутки; Г. 0,3 г/кг/сутки. 1) 1-Б; 2-В; 3-Г* 2) 1-А; 2-В; 3-Г; 3) 1-А; 2-Б; 3-В.	

3 уровень:

Задача 1. Пациентка И., 75 лет, обратилась на прием к врачу общей практики с жалобами на лабильность АД (максимальный уровень до 170/90 мм рт. ст.), одышку при обычной ходьбе и подъеме на 2 этаж, отеки стоп и нижней трети голеней. Страдает гипертонической болезнью в течение 18 лет. Антигипертензивную терапию, со слов, принимает постоянно.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, приглушены, частота – 115 в минуту. Со слов пациентки, ей

	никогда не сообщали о наличии аритмии, дату «срыва ритма» не знает. Выберите правильный ответ: Вопрос 1. Какой предварительный диагноз? гипертоническая болезнь II ст., 1 степень АГ, риск 4. ХСН 1 ст., ФК 1. Желудочко- вая экстрасистолия гипертоническая болезнь II ст., 2 степень АГ, риск 4. ХСН IIА ст., ФК 1. ИБС: стенокардия напряжения ФК 2 *фибрилляция предсердий, впервые выявленная. Гипертоническая болезнь III ст., достигнута 2 степень АГ, риск 4 (очень высокий). ХСН IIБ ст., ФК 2 Вопрос 2. . Какое АД является целевым для пациентки? *140/90 мм рт ст 140/85 мм рт ст 150/90 мм рт ст 150/85 мм рт ст Вопрос 3. Что должен сделать врач общей практики? немедленно госпитализировать пациентку в отделение неотложной кардиологии планово госпитализировать в терапевтическое отделение # назначить амбулаторно пульсурежающую и антикоагулянтную терапию с предварительной оценкой риска тромбоэмболических осложнений и кровотечений # провести коррекцию антигипертензивной терапии # направить пациентку на консультацию врача-кардиолога-аритмолога с результатами обследований (Х-ЛПНП, ТТГ, глюкоза, ОАК, ОАМ, ЭКГ контроль) для решения вопроса о возможности восстановления синусного ритма Вопрос 4. Что является препаратом выбора для антикоагулянтной терапии? ацетилсалициловая кислота 150 мг по 1 таблетке вечером # варфарин 2,5 мг по 1 таблетке вечером с последующей титрацией дозы до достижения целевого МНО (2,0-3,0) #ривароксабан 20 мг по 1 таблетке вечером метопролола сукцинат 100 мг по 1 таблетке утром Вопрос 5. Что является целевым уровнем общего холестерина для данной пациентки? 3, 5 ммоль/л *4,5 ммоль/л 1,5 ммоль/л 1,8ммоль/ л Задача 2. Пациент А, 34 года, обратился к врачу общей практики с жалобами на бо- ли в горле, кашель с желто-зеленой мокротой, насморк, повышение температуры до 37,8 градусов, общую слабость, недомогание. Данные симптомы беспокоят в тече- ние 1 недели. Самостоятельно принимал Ринзу, Циклоферон, без существенного эффекта. Работает мастером цеха на заводе. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, горячие. Гиперемия задней стенки глотки. Носовое дыхание затруднено. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах слева. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение сохранено. АД – 110/70 мм рт. ст. Пульс 90 в минуту, ритмичный. Сатурация кислорода – 95%. Пациент направлен на

	флюоро-графию Выберите правильный ответ: Вопрос 1. Какой предварительный диагноз? ОРВИ: острый ринофарингит легкой степени тяжести. Острый бронхит

	ОРИ: острый трахеобронхит средней степени тяжести *ОРИ: острый ринофарингит. Нельзя исключить острую пневмонию инфекционный мононуклеоз Вопрос 2. На рентгенограмме ОГК в 2-х проекциях : массивное уплотнение в нижней доле левого легкого. Ваш основной диагноз? очаговый туберкулез абсцесс легкого центральный рак левого легкого *внебольничная пневмония в нижней доле левого легкого, нетяжелая, ДН 0 Вопрос 3. Какая тактика ведения пациента? #немедленная госпитализация в терапевтический стационар #лечение в дневном стационаре при отказе от госпитализации В) амбулаторно: Амоксициллин 500 мг 3 раза в день, Амброксол 30 мг 3 раза в день Г) амбулаторно: Левофлоксацин 500 мг в день, Бромгексин 8 мг 3 раза в день Вопрос 4. На какой срок врач единолично может выдать листок нетрудоспособности данному пациенту ? 14 дней *15 дней 21 дня 7 дней Вопрос 5. Диспансерное наблюдение после перенесенной пневмонии проводится через ____месяцев и включает в себя *через 1, 3, 6 месяцев 6; ОАК, ОАМ, ЦФГ через 1, 3, 6, 12 месяцев ОАК, ОАМ, ЦФГ через 1, 3, 6 месяцев ОАК, ОАМ, ЦФГ, КТ органов грудной клетки через 1, 3, 6, 12 месяцев ОАК, ОАМ, СРБ, прокальцитонин, ЦФГ

Задания открытого типа

1. Критерии установления диагноза внебольничная пневмония при наличии у пациента рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических симптомов и признаков из числа следующих (дополнить признаки):

- a. остро возникшая лихорадка в начале заболевания ($t > 38,0^{\circ}\text{C}$);
- b. кашель с мокротой;
- c.
- d.

Эталон ответа:

- c. физические признаки (фокус крепитации/мелкопузырчатых хрипов, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- d. лейкоцитоз $> 10 \times 10^9/\text{л}$ и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

2. О степени дыхательной недостаточности обычно судят по выраженности таких основных клинических признаков как _____

Эталон ответа: одышка, цианоз, тахикардия, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

3. Шкала CURB/CRB-65 для оценки прогноза и выбора места лечения пациента с внебольничной пневмонией предполагает оценку

Эталон ответа: частоты дыхания, артериального давления, уровня мочевины и возраста (старше 65 лет).

4. Диагноз хронической болезни почек следует устанавливать при

Эталон ответа: выявлении в процессе клинического обследования любых маркеров, указывающих на повреждение почек и персистирующих не менее трех месяцев

5. Метод исследования, который рекомендуется всем пациентам при наличии парапневмонического экссудативного плеврита

Эталон ответа: трансторакальное ультразвуковое исследование грудной клетки

6. Выполнен общий анализ крови. Охарактеризуйте изменения в показателях общего анализа крови пациентки: Эталон ответа: лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево

Параметр	Результат
Эритроциты	$4,61 \times 10^{12}/\text{л}$
Гемоглобин	135 г/л
Гематокрит	43,9 %
Тромбоциты	$263 \times 10^9/\text{л}$
Лейкоциты	$14,5 \times 10^9/\text{л}$.
Эозинофилы	1%
Палочкоядерные	8%
Сегментоядерные	74%
ЭЛимфоциты	14%
Моноциты	3%
СОЭ	30 мм/ч

7. Укажите основные немодифицируемые факторы риска хронической болез- ни почек _____

Эталон ответа: пожилой возраст, низкая масса тела при рождении, наслед- ственные факторы, перенесенное острое повреждение почек.

8. К участковому врачу: обратился пациент, 60 лет, у которого при осмотре выявлено повышение АД до 150/80 мм рт. ст. Других жалоб нет, какой-либо патологии при физикальном осмотре не выявлено. Какова тактика?

Эталон ответа: Согласно современным рекомендациям для подтверждения ди- агноза АГ при выявлении повышенного (>140/90 мм рт. ст.) АД, следует предло- жить пациенту пройти суточное мониторирование АД или при невозможности осу- ществить самоконтроль АД в домашних условиях в течение 1 недели не менее двух раз в день

9. К скрининговым методам, направленным на выявление колоректального рака относится _____

Эталон ответа: исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом

10. Бронходилатационный тест считается положительным _____

Эталон ответа: при увеличении ОФВ1 после ингаляции бронхолитика на 200мл и 12% и более

Примерные ситуационные задачи

1) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 65-ти лет с жалобами на сжимающие боли за грудиной, впервые возник- шие на фоне быстрой ходьбы. Боли длились 2 минуты и самостоятельно прошли на фоне физического покоя. Ожирение, артериальная гипертензия.

Предварительный диагноз ОКС

Признаки наличия серьезных проблем

Подъем сегмента ST как минимум в двух соседних отведениях: 2 мм и более в груд-

	ных и 1 мм и более в отведениях от конечностей по данным стандартной ЭКГ. Снижение сегмента ST как минимум 1 мм в двух соседних отведениях. Отрицательный глубокий симметричный зубец Т Высокий, заостренный зубец Т Впервые возникшая блокада ЛНПГ Клинические признаки нестабильной стенокардии (впервые возникшая, прогрессирующая, стенокардия в состоянии покоя, постинфарктная стенокардия) Факторы риска Курение, сахарный диабет, гиперлипидемии, артериальная гипертензия, ожирение Признаки наличия психосоциальных факторов риска Депрессия, тревожность - показана плановая консультация психотерапевта Ведение пациента Анамнез Сжимающие давящие боли за грудиной на фоне физических нагрузок или после приема пищи, а также при выходе на холод; длящиеся 5-10 минут и более, купирующиеся приемом нитратов и/или других сосудорасширяющих препаратов или ограничением провоцирующих факторов или продолжающиеся несмотря на указанные мероприятия. Боли могут иметь характерную иррадиацию, могут проявляться дискомфортом, сопровождаться слабостью, потливостью, тошнотой и одышкой, а также беспокойством, страхом смерти. Атипичная симптоматика: нарушение сознания, абдоминальная локализация болей, одышка (характерна для пожилых старше 75 лет и пациентов женского пола, а также для молодых лиц 25-40 лет). Возможна безболевого ишемия миокарда (отсутствие симптоматики), чаще бывает у пожилых и больных сахарным диабетом, не является признаком лучшего прогноза. Инструментальное обследование Учесть возможность наличия псевдоинфарктных изменений на ЭКГ. Учесть вероятность отсутствия изменений на ЭКГ у больных с поражением нескольких областей миокарда в связи с тем, что реципрокные изменения на одной стенке желудочка могут уравнивать прямые изменения на противоположной стенке. При подозрении на инфаркт правого желудочка снять дополнительно правые грудные отведения, а при подозрении на инфаркт задней локализации снять дополнительно отведения по Небу. Учесть, что диагностическая точность ЭКГ для выявления ишемических изменений низка в следующих ситуациях: признаки ранее перенесенного инфаркта, нарушения внутрижелудочковой проводимости, ритм кардиостимулятора при стимуляции желудочков, аневризма сердца. Для оценки транзиторных ишемических изменений показано суточное мониторирование ЭКГ. Назначают в случае, если по данным ЭКГ в покое признаков ишемии миокарда не выявлено. Нагрузочные пробы (ВЭМ, тредмил) применяют при отсутствии данных за острый коронарный синдром. Взять кровь для биохимического анализа (электролиты, маркеры некроза миокарда: серия тропониновых тестов, КФК, миоглобиновый тест, показатели свертываемости крови, СРБ, СОЭ). Рентген грудной клетки. ЭХО-КГ (зоны акинезии, дискинезии, аневризма). При наличии индикаторов серьезного заболевания Показана госпитализация. Золотым стандартом диагностики ИБС является коронарография, она показана только в случае решения вопроса об оперативном лечении. При отсутствии индикаторов серьезного заболевания Провести обследование по выше изложенной схеме с целью оценки риска развития острого коронарного синдрома (ОКС). При высоком риске (транзиторные ишемические эпизоды при 24 часовом мониторировании, особенно безболевого; положительные результаты лабораторных тестов, низкая толерантность к физическим нагрузкам)

	кам при роведении нагрузочных проб) показаны госпитализация и плановая корона- рография с последующим оперативным лечением с целью выполнения реваскуляри-

	зации. При гипертрофической кардиомиопатии на ЭКГ псевдоинфарктные изменения, однако, это не исключает возможности развития коронарной недостаточности. В связи с этим при наличии клиники ОКС целесообразно госпитализировать пациента. Особенностью лечения является необходимость избегать назначения нитратов. Предпочтительнее назначение β-блокаторов. Миокардит и перикардит сопровождаются подъемом сегмента ST во всех отведениях кроме AVR и V1. Характерным является нарушение ритма и проводимости. В случае выраженной симптоматики (боли в грудной клетке, одышка) показано стационарное лечение. Если выявленный подъем сегмента ST не сопровождается характерной симптоматикой ОКС, провести дифференциальный диагноз с аневризмой левого желудочка (сравнить с предыдущими ЭКГ если таковые имеются и/или выполнить ЭХО-КГ), использовать тропониновый тест. При подтверждении аневризмы показана терапия в амбулаторных условиях с целью снижения риска тромбоэмболических осложнений, так как аневризма является источником формирования тромбов. Выявление синдрома WPW с псевдоинфарктными изменениями не требует исключения ИБС при отсутствии характерных жалоб. Как правило, это молодые люди и требуется плановая консультация кардиолога для дальнейшего ведения пациента (WPW способствует развитию аритмий). При выявлении псевдоинфарктных изменений в виде синдрома ранней реполяризации (подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, V4) с высоким зубцом T, что не характерно для ишемии миокарда, специального наблюдения и обследования не требуется. При почечной недостаточности возможно появление псевдоинфарктных изменений на фоне электролитных нарушений. Требуется патогенетическое лечение. 2) Пример задачи с разбором по алгоритму Мужчина 49 лет, страдает алкоголизмом, хроническим синуситом. У больного отмечается ригидность затылочных мышц, спутанность сознания, лихорадка (фебрильные цифры), диффузная петехиальная сыпь, не возвышающаяся над поверхностью кожи. Симптомы Кернига и Брудзинского положительные. <i>Предварительный диагноз: Бактериальный менингит</i> Признаки серьезного заболевания Все пациенты с подозрением на БМ должны быть изолированы в отдельный бокс и немедленно направлены на консультацию/госпитализацию в стационар (инфекционное отделение, неврология). При наличии следующих симптомов пациент должен быть немедленно проконсультирован (анестезиологом-реаниматологом, инфекционистом и невропатологом): Быстро прогрессирующее возникновение сыпи; Дыхательная недостаточность; Периферическое кровообращение: слабый пульс, гипотензия (систолическое АД < 90 мм.рт.ст.), олигурия; Центральное кровообращение: брадикардия (<40 уд/мин) или тахикардия (>140 уд/мин), гипертензия; Неврологическая симптоматика: судорожный синдром, очаговая неврологическая симптоматика, отек соска зрительного нерва; Спутанное сознание. Факторы риска Пребывание в местах эндемичных по менингококковой инфекции, пожилой возраст, истощение, асоциальный образ жизни (алкоголизм, травмы). Ведение пациента Диагностика Анамнез Необходимо обратить внимание на: Симптомы (их выраженность и продолжительность),

	Индикаторы серьезного заболевания, факторы риска неблагоприятного прогноза. Физикальное исследование Диффузная сыпь (петехии и/или пурпура), не выступающая над поверхностью кожи

	(может отсутствовать или быть атипичной); Регидность затылочных мышц; Менингеальные симптомы (положительные симптомы Кернига, Брудзинского); Лихорадка, головные боли, спутанность сознания; Отек соска зрительного нерва; Тромбоз сосудов мозга Лабораторные и инструментальные исследования (проводятся во вторичном звене здравоохранения): Выявление бактерий в спинномозговой жидкости (СМЖ) и крови (необходимо помнить, что антибиотикотерапия (АБТ) может маскировать проявления БМ): Окраска мазка по Граму (позволяет выявить от 50 до 80% случаев БМ), Посев бактерий на культуре ткани (позитивен в 85% случаев БМ); Выявление бактериальных антигенов в СМЖ и полимеразная цепная реакция (ПЦР) СМЖ – более чувствительные методы, но вместе с тем и более дорогостоящие. Однако их применение показано в случае раннего начала АБТ (до проведения люмбальной пункции (ЛП) и последующих бактериологических исследований). Следующая комбинация результатов лабораторных исследований позволяет диагностировать БМ с вероятностью 99%: Анализ СМЖ: Лейкоцитоз >2000/мм³; Нейтрофилез >1180/мм³; Повышение уровня протеинов >220 мг/дл; Сниженный уровень глюкозы СМЖ <0,23; Уровень глюкозы крови <34 мг/дл. Визуализирующие инструментальные методы диагностики (КТ, МРТ) показаны лишь тем пациентам, у которых невозможно проведение ЛП, поскольку их осуществление задерживает начало лечения заболевания и связано со значительными финансовыми затратами. Прогностические факторы риска Пневмококковый БМ: алкоголизм, спленэктомия, серповидно-клеточная анемия, заболевания пазух или перелом основания черепа, сопутствующие хронические заболевания; Менингококковый БМ: спленэктомия; Стафилококковый БМ: травмы, внутричерепные операции, наличие шунтов; Листерийный БМ: пожилой возраст, истощение. Лечение Все лица с подозрением на БМ должны быть немедленно изолированы в отдельный бокс и направлены на консультацию к специалисту (инфекционист, невролог). Основным вмешательством, осуществляемым СВ, служит раннее начало АБТ. При подозрении на БМ эмпирическую антибактериальную терапию необходимо начинать немедленно, до отправки больного в стационар, даже в тех случаях, когда результаты бактериологического исследования недоступны. При этом СВ должен использовать следующие препараты: Бензилпенициллин (1200 мг в/в или в/м), в случае аллергических реакций необходимо назначить цефотаксим или цефтриаксон (1000 мг в/в или в/м). В условиях стационара применяют цефалоспорины третьего поколения (цефотаксим или цефтриаксон) – препараты выбора для лечения БМ (при условии отсутствия аллергических реакций на пенициллин); Лицам со сниженным иммунитетом: пожилым пациентам (старше 60 лет), лицам с онко-гематологическими заболеваниями, а также тем, кто получает ГКС терапию в течение длительного времени показана комбинация цефалоспоринов третьего поколения с ванкомицином и/или рифампицином и/или ампициллином (<i>Listeria monocytogenes</i>), поскольку в этих случаях присутствует серьезный риск персистенции инфекции резистентной к АБТ пенициллинами;

	В случае наличия аллергических реакций необходимо использовать альтернативные препараты: ванкомицин и рифампин (<i>S. pneumoniae</i>), хлорамфеникол (менингокок- ковый БМ), триметоприм-сульфаметоксазол (<i>Listeria monocytogenes</i>). В случае наличия положительных результатов бактериологических тестов необхо-

	димо проводить специфическую АБТ. Продолжительность лечения от 7 до 28 дней. Глюкокортикостероидная терапия (дексаметазон) не показана пациентам с БМ, кроме тех случаев, когда заболевание вызвано <i>S. Pneumoniae</i> и подобрана эффективная специфическая АБТ. Всем лицам, близко контактировавшим с больным, должен быть назначен Рифампин в дозе по 20 мг/кг в сутки, 2 раза в день (максимальная суточная доза 600 мг) в течение 2 дней и 1 раз в сутки в следующие 4 дня. 3) Пример задачи с разбором по алгоритму Мужчина 35 лет, предъявляет жалобы на частые двусторонние головные боли (ГБ) давящего характера, возникающие в вечернее время. <i>Диагноз: Головная боль</i> Признаки серьезного заболевания · Внезапно изменились характер и частота приступов хронической ГБ или они стали значительно интенсивнее. · ГБ сочетается с внезапным развитием любой неврологической симптоматики или угнетением сознания. · ГБ развивается через несколько часов, суток или недель после травмы головы. · По оценке больного - это самая сильная ГБ, которую он когда-либо испытывал. Признаки наличия психосоциальных факторов риска Отягощенная наследственность (мигрень в наследственном анамнезе имеет более 50% больных). Хронический эмоциональный стресс (выявляются у всех больных с ГБ напряжения) ГБ может быть связана с воздействием многих химических веществ и лекарственных препаратов: озон, бензол, нитраты, тирамин, глютамат натрия, окись углерода, инсектициды и свинец, оральные контрацептивы, нитраты, индометацин, блокаторы кальциевых каналов, кофеин и алкоголь. Внезапная отмена любого из этих препаратов может приводить к развитию ГБ. Ведение больного Диагноз Необходимо обратить внимание на: · Характер ГБ, ее периодичность, длительность и локализацию, наличие сопутствующих симптомов. · Индикаторы серьезного заболевания, · Наличие психосоциальных факторов риска. Острая ГБ Продолжающаяся менее 1 недели, однако приступ может развиваться всего лишь за несколько минут или часов до обращения больного за медицинской помощью. Приступ ГБ также может рассматриваться как острый при внезапном изменении характера и тяжести хронической ГБ. Внезапное и быстрое развитие ГБ может быть связано с угрожающими жизни состояниями, поэтому необходимо предпринять тщательное и неотложное обследование пациента. Синдром первичной ГБ Включает мигрень с предшествующей аурой (классическая форма) или без нее (обычная форма), ГБ напряжения и периодическую пароксизмальную ГБ. К этой же категории относят ГБ, связанную с физической нагрузкой, кашлем, воздействием холода, а также кратковременную резкую пронизывающую ГБ, если исключены органические повреждения головного мозга. Происхождение первичной ГБ малоизвестно. Мигрень Характеризуется пульсирующей ГБ, обычно охватывающей половину головы и сопровождающейся тошнотой, рвотой, а также плохой переносимостью звуков и яркого света. Продолжительность приступа варьирует от 4 ч. до 3 сут. Боль достигает максимума за несколько минут или часов. Аура при классической мигрени протекает в виде кратковременных зрительных, двигательных, чувствительных, когнитивных или психических расстройств, продолжающихся несколько минут, предшествуя ГБ или сочетаясь с ней. Провоцирующие факторы (стресс, голод, утомление, нару-

	шение сна, яркий свет, употребление алкоголя, беременность, менструальный син- дром, пероральные контрацептивы, некоторые виды пищи). Мигреням подвержены

	преимущественно женщины, первый приступ возникает в возрасте до 30 лет. После 50 лет часто наступает частичная или полная ремиссия. ГБ напряжения (мышечного сокращения) Наиболее частая форма ГБ. Обычно хроническая, двусторонней локализации, тупая, сдавливающая, но не пульсирующая, сочетается с ригидностью мышц шеи. Стресс и тревога – факторы, усугубляющие тяжесть симптоматики. В типичных случаях ГБ напряжения возникает ежедневно, начинаясь ближе к вечеру; ее интенсивность то нарастает, то убывает. Периодическая Или пароксизмальная ГБ (Хортоновская ГБ или гистаминовая цефалгия) наблюдается у мужчин в 5 раз чаще; она носит относительно кратковременный (от 15 мин. до 2 час) и мучительный характер, локализуется с одной стороны головы в глазничной, окологлазничной или височной области и сопровождается односторонними вегетативными нарушениями (слезотечение, птоз век, миоз, заложенность носа, инъекция конъюнктивы). Боль жгучая, пронизывающая, сверлящая. В периоды приступов боль провоцируется алкоголем и нитроглицерином. Переход в вертикальное положение смягчает болевые ощущения, что отличает эту форму ГБ от мигрени, при которой облегчение приносит дремота в затемненной комнате. Периодичность – специфичная черта пароксизмальной ГБ, причем боль часто возникает ежедневно, примерно в одно и то же время (часто поздно ночью или рано утром). Периоды пароксизмов длятся несколько суток или недель и сменяются светлыми периодами (до нескольких лет). Физикальное исследование больного Вне приступа, при синдроме первичной ГБ не выявляет каких-либо изменений. Поэтому обнаружение неврологических нарушений следует расценивать как признак того, что боль имеет вторичный характер и больной должен быть обследован невропатологом. Синдром вторичной ГБ может быть вызван многочисленными патологическими процессами и соответственно многообразен по клиническому течению. · ГБ характерна для артериальной гипертонии тяжелого течения. Боль локализуется в затылочно-шейной области, пульсирует, усиливается по утрам. · ГБ при тревожных состояниях и депрессии (ноющая, давящая, диффузная) сопровождается нарушениями сна и эмоциональными расстройствами · При субарахноидальном кровоизлиянии ГБ начинается внезапно, часто сопровождается потерей сознания, быстро развивается ригидность затылочных мышц. При офтальмоскопии часто выявляют субгалеозное кровоизлияние (кровоизлияние между стекловидным телом и сетчаткой глаза). Иногда появляются очаговые симптомы. · ГБ при внутричерепных объемных процессах (опухоль, абсцесс, хроническая субдуральная гематома) связана чаще с повышением внутричерепного давления. ГБ при опухолях мозга усиливается по утрам, может сопровождаться тошнотой и рвотой. Вначале боль носит эпизодический характер, в дальнейшем боль становится постоянной, часто выявляют очаговые неврологические симптомы (парезы, афазию, фокальные судороги, нарушения чувствительности, гемианопсию и др.). · При сочетании ГБ в лобно-орбитальной области с гиперемией и болезненностью глаза необходимо исключить острую закрытоугольную глаукому. · Боль при синдроме височно-нижнечелюстного сустава локализуется в височной области, иррадирует в щеку и шею, возникает при жевании и других движениях нижней челюсти, может сопровождаться щелканьем, крепитацией и ограничением движений в суставе. · Менингиты и энцефалиты на ранних стадиях и могут проявляться только ГБ. При любых подозрениях на эти заболевания (лихорадка, изменение психического статуса, ригидность затылочных мышц, симптомы натяжения (симптом Кернига и др.) необходимо срочно провести спинно-мозговую пункцию с последующим микробиологическим и биохимическим исследованием ликвора. · Тромбозы синусов твердой мозговой оболочки происходят спонтанно или в

	ре- зультате инфекции. Эти состояния потенциально угрожают жизни и должны быть заподозрены во всех случаях, когда инфекция околоносовых пазух, среднего уха,

	орбиты, носовой перегородки или кожи носогубного треугольника у больного сопровождается внезапным ухудшением клинического состояния и ГБ. · при синуситах ГБ сопровождается лихорадкой и заложенностью носа или выделениями из носа. Однако часто ГБ - единственный симптом заболевания. Боль чаще локализуется в лобно-орбитальной области, усиливается по утрам и при наклоне вперед, уменьшается после сморкания и использования сосудосуживающих капель. Иногда можно выявить болезненность при перкуссии в проекции пазухи и отек верхнего века. · Гигантоклеточный (краниальный) артериит чаще возникает у пациентов старше 60 лет. Обычно интенсивная боль в височных или лобно-затылочных областях головы. Над пораженной артерией может отмечаться уплотнение кожи и чувствительность при пальпации. · Невралгия тройничного нерва. Проявляется приступами сильной жгучей боли (стреляющей) в зоне иннервации тройничного нерва. Приступ продолжается от нескольких секунд до 1-2 минут (редко более). Лечение При наличии признаков серьезного заболевания пациент должен быть немедленно направлен к специалисту (невропатологу). При отсутствии признаков серьезного заболевания В первую очередь выявляют провоцирующие факторы и их устраняют. Лечение приступа ГБ начинают как можно раньше. Цель лечебных мероприятий – быстро прервать ГБ. Ацетилсалициловая кислота 300-600 мг внутрь каждые 4 часа Диклофенак 25 мг 1-4 раза в сутки Ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки Толфенамовая кислота 100мг 1-4 раза в сутки Напроксен 550мг 2-3 раза в сутки внутрь или в виде ректальных свечей Элетриптан 20мг 1-2 раза в сутки Наратриптан 2,5мг 1-2 раза в сутки Ризатриптан 10мг 1-2 раза в сутки Суматриптан 100мг 1-2 раза в сутки, 0,5мл п/к, дозированный аэрозоль в нос 10 мг/доза Золмитриптан 2,5мг 1-2 раза в сутки Эрготамин, таблетки по 1 мг, 1 таблетка, при необходимости повторять каждые 30 мин., но не более 5 табл. за приступ или 10 табл. в неделю. Все препараты могут использоваться как в качестве монотерапии, так и в сочетании с кофеином, седативными и противорвотными средствами. Профилактическое лечение (вне приступа) проводится в случае рецидивирующих ГБ, после консультации с невропатологом. Вторичная ГБ, первичная ГБ, не поддающаяся лечению – это ситуации когда необходима консультация невролога, психиатра. При наличии психосоциальных факторов риска Коррекция эмоциональных расстройств и формирование положительной психической установки на адекватное лечение. По возможности устранение контакта с химическими веществами и лекарственными препаратами, внешними воздействиями, вызывающими ГБ. Примерный перечень практических навыков <u>1.1 Внутренние болезни</u> <i>1.1.1. Врачебное обследование пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому</i> 1.1.1.1. Измерение артериального давления 1.1.1.2. Функциональные, эндоскопические, электрофизиологические и лучевые методы диагностики в работе врача общей практики (семейного врача) 1.1.1.2.1.Регистрация и анализ ЭКГ 1.1.1.2.2 Методика анализа спирограмм 1.1.1.2.3 Пикфлоуметрия 1.1.1.2.4 Использование ингаляторов и небулайзеров

1.1.1.2.5 Методика чтения рентгенограмм

1.1.1.3. Лабораторная диагностика

1.1.1.3.1 Проведение глюкометрии экспресс-методом

1.1.1.3.2 Интерпретация результатов общего анализа крови и диагностического микробиоцида (биохимический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, микро-биологические исследования биологических субстратов)

1.2 Кожные болезни и болезни, передающиеся половым путем

1.2.1 Клиническое обследование больного с заболеваниями кожи и болезнями, передающимися половым путем

1.3 Инфекционные болезни

1.3.1 Клиническое обследование инфекционных больных

1.4 Болезни нервной системы

1.4.1 Клиническое обследование неврологических больных: исследование 12 пар черепно-мозговых нервов
исследование патологических рефлексов
исследование менингеальных симптомов
исследование моторных качеств (позы, мышечного тонуса, контрактуры, атрофии мышц)
исследование тактильной и болевой чувствительности
исследование рефлексов (сухожильных, периостальных, кожных и со слизистых оболочек)
оценка координации движений

1.5 Акушерство-гинекология

1.5.1. Двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование

1.5.2. Диагностика беременности и ее срока

1.5.3. Наружное акушерское обследование, оценка сердцебиения плода

1.5.6. Оценка состояния новорожденного

1.5.7. Оценка состояния последа

1.6 Болезни детей и подростков

1.6.1. Методы определения функционального состояния организма

1.6.2. Выделение групп здоровья детей

1.6.3. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка)

1.6.10. Очистительные клизмы

1.7 Туберкулез

1.7.1 Интерпретация пробы Манту и Диаскинтеста

1.8 Болезни зубов, слизистой полости рта и языка

1.8.1 Методика осмотра полости рта

1.8.2 Методика обследования зубов

1.8.3 Методика обследования слизистой оболочки полости рта

2.1 Хирургические болезни. Ортопедия и травматология.

2.1.1 Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому

2.2.3 Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы

2.2 Болезни глаз

2.2.1 Клиническое исследование глаз (сбор анамнеза, осмотр и пальпация слезного мешка, конъюнктивы нижнего и верхнего века у взрослых, слезной железы, определение подвижности глазных яблок)

2.2.2 Осмотр переднего отдела глаза методом бокового освещения

2.2.3 Осмотр глубоких сред методом проходящего света

2.2.4 Офтальмоскопия

2.2.5 Определение остроты зрения

2.2.6 Определение цветового зрения

2.2.8 Измерение внутриглазного давления (пальпаторно, тонометром Маклакова, электронная тонометрия)

2.3 Болезни уха, горла, носа

2.3.1 Риноскопия

2.3.2 Фарингоскопия

2.3.3 Ларингоскопия непрямая

2.3.4 Отоскопия 2.3.5 Отоскопия с помощью оптики 2.3.6 Передняя тампонада носа 2.3.7 Определение проходимости слуховой трубы			
Оценочный лист к практическому навыку «Отоскопия у взрослого пациента»			
п/п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию			
.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он его понимает, получил его согласие на исследование	2	
.	Оценил состояние пациента	2	
.	Оценил окружающую обстановку	2	
II. Выполнение исследования			
.	Подготовил отоскоп к работе: собрал отоскоп, проверил его работу.	2	
.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул, повернул голову пациента в удобное для исследования положение.	2	
.	Начал исследование со здорового уха для сравнения его с заболевшим. При осмотре правого уха ушную воронку или отоскоп ввел правой рукой в наружный слуховой проход.левой рукой, взявшись I и II пальцами за завиток ушной раковины, осторожно оттянул верхнюю часть ушной раковины назад, кнаружи и вверх. Глаз исследователя и просвет наружного слухового прохода находятся на одной плоскости. При осмотре левого уха ушную раковину оттянул правой рукой, а воронку ввел пальцами левой руки.	2	
.	Осмотрел наружный слуховой проход и барабанную перепонку. Дал заключение согласно протоколу отоскопического исследования	2	
.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских	2	

	сленгов		
III. Окончание исследования			
.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации пациенту: после процедуры отдых в течение 2-3 минут.	2	

		Максимальный балл	18	
		Оценка: «5» - 16 - 18 баллов «4» - 15 - 17 баллов «3» - 13 - 14 баллов «2» - 12 и менее баллов		
Оценочный лист к практическому навыку «Офтальмоскопия прямая без расширения зрачка (исследование глазного дна)»				
	№ п / п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию				
	1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование	2	
	2.	Оценил состояние пациента	2	
	3.	Оценил окружающую обстановку	2	
II. Выполнение исследования				
	4.	Проверил безопасность выполнения исследования: собрал офтальмоскоп, проверил его работу.	2	
	5.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул, попросил фиксировать взгляд по просьбе врача.	2	
	6.	Придвинулся как можно ближе к глазу больного и смотрит через зрачок. Врач приближает офтальмоскоп к глазу пациента и направляет в него пучок света с расстояния 0,5-2 см для получения четкого изображения картины глазного дна. Расстояние при прямой офтальмоскопии между исследуемым глазом и офтальмоскопом должно быть 0,5-2 см, но не более 4 см	2	
	7.	Правый глаз больного осмотрел правым глазом, левый – левым	2	
	8.	Провел осмотр глазного дна в определенной последовательности и описал словами: диск зрительного нерва, далее — область желтого пятна (макулярную область), а затем — периферические отделы сетчатки.	2	
	9.	Дал пояснения о полученных данных исследования глазного дна пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов	2	
III. Окончание исследования				
	10.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации пациенту: после процедуры отдых в течение 2-3 минут.	2	
		Максимальный балл	20	

	Оценка «5» - 19 - 20 баллов «4» - 17 - 18 баллов «3» - 15 - 16 баллов «2» - 14 и менее баллов		
	* - Не выполнение пунктов отмеченных звездочкой автоматически ведет к прекращению выполнения манипуляции и неудовлетворительной отметке. Клинический кейс		
	Примерный шаблон кейса по заданной преподавателем теме:		
	И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕР-НУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	У	-	Составить ситуацию по заданной тематике
	В	1	Проведите клиническое обследование пациента
	Э	-	
	В	2	Лабораторные методы обследования, доступные ВОП в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями по данной теме
	Э	-	
	В	3	Инструментальные методы обследования, доступные ВОП в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями по данной теме
	О	-	
	В	4	Оценка лабораторных методов обследования, доступных ВОП в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями по данной теме
	Э	-	
	В	4	Оценка инструментальных методов обследования, доступных ВОП в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями по данной теме
	Э	-	

ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	Примерные вопросы к экзамену (с №13 по №23, с №63 по №72 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Неотложная помощь в пульмонологии (астматический статус, легочное кровотечение, тромбоэмболия легочной артерии, спонтанный пневмоторакс). 2. Особенности течения и медикаментозной терапии пневмонии у пожилых больных. 3. Стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Коморбидная патология у больных ХОБЛ: особенности течения и терапии. 4. Медикаментозная терапия бронхиальной астмы. 5. Особенности гемодинамических нарушений при различных ревматических пороках сердца и возможности их коррекции. 6. Возрастные особенности течения ишемической болезни сердца. 7. Роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе ишемической болезни сердца. 8. Методы определения эндотелиальной дисфункции у больных терапевтического профиля. 9. Роль функциональных методов исследования кардиологических больных в оценке сердечно-сосудистого риска. 10. Основные направления лекарственной терапии больных со стенокардией, оказывающих благоприятное влияние на прогноз. 11. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия у больных с острым
	инфарктом миокарда. Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №14 по №23 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Атеросклероз. Современное состояние вопроса. Причины и механизм развития. Мероприятия первичной и вторичной профилактики. 2. ИБС. Классификация. Методы расчета степени риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. 3. Хронические гепатиты. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 4. Хронический панкреатит. Классификация. Принципы диагностики. Роль дополнительных методов исследования в постановке диагноза. 5. Язвенная болезнь. Диагностика. Клинические проявления и осложнения язвенной болезни. Показания к госпитализации, тактика ведения пациентов. 6. ХОБЛ. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциально-диагностический поиск при ХОБЛ. 7. ХОБЛ. Принципы лечения, базисная терапия в соответствии в соответствии с современной классификацией. 8. ТЭЛА. Этиология. Клинические проявления. 9. ТЭЛА. Принципы лечения. Оценка риска осложнений на фоне терапии. 10. Внебольничная пневмония. Этиология. Классификация. Принципы лечения. Критерии эффективности антибактериальной терапии.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

1. Генетические полиморфизмы генов, кодирующих белки системы свертывания:

* Являются одним из признаков генетических тромбофилий

Являются важнейшим элементом диагностики генетических

тромбофилий Не имеют диагностического значения в оценке

генетических тромбофилий Важны для оценки риска тромбоза

легочной артерии у онкологических больных

2. Основным местом всасывания витамина B12 является _____ отдел _____

кишки:

Проксимальный, тощей

* Дистальный, подвздошной

Проксимальный,

подвздошной Дистальный,

тощей

3. На рентгенограмме циркулярное сужение нижней трети пищевода, супрастенотическое расширение, карманоподобное нависание стенки над стенозом выявляются при:

* Рубцовом сужении после ожога

Склерозирующей форме медиастинита

Эзофагоспазме

Эндофитном раке пищевода

4. Шкала GRACE используется для оценки риска летального исхода при: Острой левожелудочковой недостаточности

* Остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST

Ишемическом инсульте

Хронической сердечной недостаточности

5. Для поражения почек при системной красной волчанке наиболее характерным является развитие:

* Гломерулонефрита

Мочекаменной

болезни Амилоидоза

	Пиелонефрита 6. Клинические проявления сахарного диабета 1 типа возникают при: Прогрессивном снижении 1 фазы секреции инсулина Деструкции менее 50% бета-клеток *Деструкции критической массы бета-клеток Появление аутоантител к островковым клеткам 7. Для возникновения приступа стабильной стенокардии напряжения наибольшее значение имеет: Низкая сократительная способность миокарда *Высокая частота сердечных сокращений Недостаточная оксигенация крови Высокий показатель гематокрита 8. Для ХОБЛ крайне тяжелой степени (GOLD) характерно ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, ОФВ1 (в %) >80 30-50 50-80 *<30 9. При назначении метотрексата контролировать безопасность позволяет Клинический анализ мочи Уровень холестерина в крови Уровень альбумина в крови *Клинический анализ крови 10. На медико-социальную экспертизу пациента направляет Главный врач Консилиум специалистов Лечащий врач *Врачебная комиссия 11. К петлевым диуретикам относится Хлорталидон Спиронолактон *Торасемид Амилорид 12. Гиперемия кожи и слизистых, гепатоспленомегалия, сердечно-сосудистые осложнения характерны для Острого лейкоза Миелофиброза *Полицитемии Хронического лейкоза 13. Фуникулярный миелоз характерен для анемии *В12-дефицитной Гемолитической Железодефицитной Апластической 14. Аутоиммунный перекрестный синдром при язвенном колите включает развитие Токсической дилатации толстой кишки *Первичного склерозирующего холангита Идиопатический тромбоцитопенической пурпур Почечного несахарного диабета 15. Типичной для системной красной волчанки является малая триада симптомов *Полиартрит, полисерозит, дерматит Олигоартрит, атрофия мышц, демодекоз Полиартрит, хронический тонзиллит, уретрит Олигоартрит, пневмония, полимиоклонус

	16. Заподозрить синдром Фильбера можно при увеличении в плазме крови *Свободного билирубина - Уровня холинэстеразы - Печеночных трансаминаз

Щелочной фосфатазы 17. Назначение бета-адреноблокаторов целесообразно для Коррекции повышенной частоты пульса у молодых здоровых людей *Лечения АГ у больных ИБС или ХСН Начальной терапии при неосложненной АГ Профилактики инсультов 18. К системным васкулитам, повреждающим преимущественно крупные сосуды, относят Гранулематоз с полиангиитом Пурпуру Шенлейн-Геноза *Артериит Такаясу Узелковый полиартериит 19. При лечении множественной миеломы в первую очередь следует *обеспечить адекватный режим труда и отдыха обеспечить асептические условия обеспечить минимальный уровень физической нагрузки исключить работы с физической нагрузкой 20. Препаратом выбора для лечения гипертонического криза, осложненного присту- пом стенокардии, является *нитроглицери н нифедипин моксонидин клофелин 2 уровень: 1. Установите соответствие между клиническим синдромом и его признаками		
	А. Нефротический синдром	1. Массивная протеинурия
	Б. Остронефритический синдром	2. Гипоальбуминемия
	В. Синдром дисфункции канальцев	3. Отеки
		4. Артериальная гипертензия
		5. Олигурия
		6. Полиурия
А - 1, 2, 3; Б – 3, 4, 5; В – 6.		
2. Установите соответствие между лекарственным препаратом и противопоказаниями к его применению		
	А.Кеторол	1.Почечная недостаточность
	Б.Гентамицин	2.Тяжелый нефротический синдром
	В.Эналаприл	3.Лейкопения
	Г.Фуросемид	4.Гиперкалиемия
	Д.Циклофосфан	5.Венозный тромбоз
А – 1, 2. Б – 1, 2,4. В – 1, 4. Г – 2, 5. Д – 3.		
3. Установите соответствие между видом нефропатии и факторами риска её развития		
	А. Острый пиелонефрит	1. Многолетнее злоупотребление
	Б. Вторичный (АА-) амилоидоз	2. Ревматоидный артрит в анамнез
	В. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	3.Лакунарная ангина
	Г. Острый гломерулонефрит	4.Нарушения оттока мочи
		5.Катетеризация мочевого пузыря

А – 4, 5. Б – 2. В – 1. Г – 3.

3 уровень:

1. Больную С., 37 лет, в течение 5 дней беспокоят жалобы на общую слабость, пот-

	ливость, повышение температуры тела до 38 градусов С, кашель с выделением умеренного количества слизисто-гнойной мокроты. При физикальном обследовании выявлено укорочение перкуторного звука в правой подлопаточной области, в этой же области при аускультации выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 18 в 1 мин. Диагноз внебольничной очаговой пневмонии подтвержден рентгенологически. В анамнезе отмечена аллергическая реакция на пенициллин (крапивница). 1) Выберите наиболее оптимальный антибактериальный препарат: А. Амоксициллин Б. Кларитромицин* В. Амикацин Г. Ципрофлоксацин Д. Доксидиклин 2) Оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через ____ ча- сов А 24-48 Б 48-72* В 24-72 Г 24-36 Д 36-72 2. У ребенка 3-го года жизни: Благополучный социально-биологический анамнез По физическому развитию – сниженная длина, дефицит массы тела 1 ст. По нервно-психическому развитию – группа развития 3, 1 степень По уровню резистентности – отсутствие заболеваний в течение года По уровню функционального состояния – гемоглобин 115г/л, сниженный тургор тканей, повышена возбудимость, наличие нейродермита в стадии ремиссии, гипотрофия 1 ст. 1) Определите группу здоровья: А. I Б. II В. III Г. IV* Д. V 2) Доза препаратов железа составляет _____ мг/кг массы по элементарному железу А) 3* Б) 2 В) 10 Г) 1 Д) 8 3. Девочка, 5 день жизни, выписана из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды срочные. Масса при рождении 3250г, длина - 51см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через час после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки жизни появилась иктеричность кожных покровов, на 4 сутки уровень общего билирубина составил 191 мкмоль/л, непрямого – 185

МКМОЛЬ/Л.

1) Ваш диагноз:

А. физиологическая желтуха
новорожденных* Б. желтуха от
материнского молока
В. синдром Криглера-
Найара Г. синдром Дабина-
Джонсона

	Д. неонатальный гепатит 2) Тактика врача общей практики: А) наблюдение за пациенткой* Б) направление к педиатру В) направление к инфекционисту Г) направление к неврологу 4. Больной П. 35 лет. Жалобы на боли и скованность в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника, боли в ягодицах Объективно: паравертебральные мышцы напряжены, болезненность коленных суставов. Гемоглобин – 130 г/л, Лейкоциты 6000, СОЭ – 40 мм в час Анализ мочи без патологии. На рентгенограммах костей таза: суставные щели подвздошных суставов с обеих сторон сужены, эрозии подвздошных костей. 1) Предварительный диагноз: 1. Остеохондроз позвоночника 2. Ревматическая полимиалгия 3. Подагрическая спондилоартропатия 4. Анкилозирующий спондилоартрит* 2) Тактика врача общей практики/семейного врача А) консультация ревматолога* Б) консультация невролога В) направление пациента на ЛФК Г) направление к специалисту по паллиативной медицине
	Задания открытого типа 1. В рамках мероприятий по терапевтическому изменению образа жизни рекомендуется пациентам с ХБП С1-С5Д _____ Эталон ответа: поддержание регулярной физической активности; отказ от табакокурения, мероприятий, направленных на снижение массы тела при ожирении. 2. У пациентов с ХБП С3-С5 вне зависимости от наличия СД и АГ и в отсутствие противопоказаний рекомендуется использование _____ с целью _____ Эталон ответа: иАПФ или БРА; эффективной фармакотерапии для снижения протеинурии и рисков прогрессирования дисфункции почек (ренопротекции), сердечно-сосудистых событий и смерти от всех причин 3. С целью снижения риска прогрессирования ХБП и кардиоваскулярных событий рекомендуется у пациентов с ХБП и СД 2 типа включение в терапию, направленную на контроль гликемии _____ Эталон ответа: ингибиторов натрийзависимого переносчика глюкозы 2 типа или аналогов глюкагоноподобного пептида-1 (лираглутид, дулаглутид, семаглутид) 4. С целью снижения рисков смерти от всех причин и основных сердечно-сосудистых событий у пациентов с ХБП и грациями альбуминурии А1- А2 (указать соответственно _____) и АГ рекомендуются добиваться снижения САД до уровня _____ Эталон ответа: альбуминурия <300 мг/сутки или <300 мг/г; 130-139 мм рт.ст.

5. Тактика врача первичного звена при лечении гриппа, вызванного высоко- патогенным вирусом А (H1N1), заключается в назначении __мг _____ 2 раза в день в течение _____ дней
Эталон ответа: 75

ОСЕЛЬТАМИВИРА, 5

6. Всем пациентам с определенным диагнозом внебольничная пневмония **ре- комендуется** назначение АБП системного действия в как можно более короткие сроки (оптимально - _____) для _____

Эталон ответа: не позднее 8 ч с момента верификации диагноза; улучшения прогноза

7. Всем пациентам с внебольничной пневмонией через _____ после начала лечения **рекомендуется** оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ с целью _____

Эталон ответа: 48-72 ч; своевременного пересмотра тактики лечения и оценки целесообразности госпитализации

8. Критериями достаточности АБТ (должны присутствовать все нижеперечисленные): стойкое снижение температуры тела $\leq 37,2^{\circ}\text{C}$ в течение не менее 48 ч; отсутствие интоксикационного синдрома; а также _____

Эталон ответа: частота дыхания $< 20/\text{мин}$ (у пациентов без хронической ДН); отсутствие гнойной мокроты (за исключением пациентов с ее постоянной продукцией); количество лейкоцитов в крови $< 10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $< 80\%$, юных форм $< 6\%$

9. Пациентам с внебольничной пневмонией без значимых сопутствующих заболеваний и других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными возбудителями **рекомендуется** в качестве препарата выбора _____; альтернативы – _____

Эталон ответа: амоксициллин, макролиды (азитромицин, кларитромицин)

10. Пациентам с ВП, значимыми сопутствующими заболеваниями и/или другими факторами риска инфицирования редкими и/или ПРВ **ре- комендуются** в качестве препаратов выбора: _____

альтернативы – _____

Эталон ответа: амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин+ сульбактам, респираторные фторхинолоны

Примерные ситуационные задачи

Задача № 1

Женщина П., 51 год. Жалобы на кашель по утрам. С 46 лет состоит на диспансерном учете у врача общей практики и эндокринолога по поводу сахарного диабета 2 типа. Сахароснижающие препараты принимает нерегулярно. Приглашена на диспансеризацию. С учетом наличия в анамнезе новой коронавирусной инфекции с поражением легких (КТ 20%) заполнила дополнительную анкету на выявление постковидного синдрома (см. анкету).

Курит более 25 лет до 30 сигарет в день. В последние 5 лет в связи с ухудшением самочувствия самостоятельно снизила количество выкуриваемых сигарет до 15-18 в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Масса тела 100 кг, рост 162 см. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы пальпируются подчелюстные, подмышечные и паховые единичные, до 1 см в диаметре, подвижные, безболезненные. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 75 уд. в мин. ЧД 18 в мин. Сатурация (SpO_2) – 96%. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Физиологические отправления

	В																																								
	норме. Получены результаты дообследования на 1-м этапе. Задание: 1. Оцените ответы на анкету с учетом дополнительных вопросов на выявление постковидного синдрома 2. Вынесите заключение по данным лабораторного исследования, определите необходимость инструментального дообследования, а также консультаций узкими специалистами. 3. Выделите факторы риска развития ХНИЗ у данного пациента, оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной такового, если бы пациент не курил. 4. Охарактеризуйте порядок краткого профилактического консультирования на 1-м этапе диспансеризации. 5. Установите на основании определения группы состояния здоровья и группы диспансерного наблюдения дальнейшую тактику ведения пациента. 6. Определите в каком случае пациент будет относиться к приоритетной группе наблюдения. Лабораторные исследования: 1.Общий анализ крови: <table><tr><th colspan="4">Общий анализ крови</th></tr><tr><th>Тест</th><th>Результат</th><th>Ед. измерения</th><th>Реф</th></tr><tr><td>Лейкоциты (WBC)</td><td>8,92</td><td>10⁹/л</td><td>4,3-7-</td></tr><tr><td>Эритроциты (RBC)</td><td>4,6</td><td>10¹²/л</td><td>3,5-5</td></tr><tr><td>Гемоглобин (HGB)</td><td>138</td><td>г/л</td><td>120-1</td></tr><tr><td>Гематокрит (HCT)</td><td>41,6</td><td>%</td><td>36,0-</td></tr><tr><td>Средний объем эритроцита (MCV)</td><td>90,6</td><td>фл</td><td>80,0-</td></tr><tr><td>Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)</td><td>30,1</td><td>пг</td><td>27,0-</td></tr><tr><td>Тромбоциты (PLT)</td><td>265</td><td>10⁹/л</td><td>150-4</td></tr><tr><td>Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)</td><td>332</td><td>г/л</td><td>320-3</td></tr></table>	Общий анализ крови				Тест	Результат	Ед. измерения	Реф	Лейкоциты (WBC)	8,92	10 ⁹ /л	4,3-7-	Эритроциты (RBC)	4,6	10 ¹² /л	3,5-5	Гемоглобин (HGB)	138	г/л	120-1	Гематокрит (HCT)	41,6	%	36,0-	Средний объем эритроцита (MCV)	90,6	фл	80,0-	Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	30,1	пг	27,0-	Тромбоциты (PLT)	265	10 ⁹ /л	150-4	Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	332	г/л	320-3
Общий анализ крови																																									
Тест	Результат	Ед. измерения	Реф																																						
Лейкоциты (WBC)	8,92	10 ⁹ /л	4,3-7-																																						
Эритроциты (RBC)	4,6	10 ¹² /л	3,5-5																																						
Гемоглобин (HGB)	138	г/л	120-1																																						
Гематокрит (HCT)	41,6	%	36,0-																																						
Средний объем эритроцита (MCV)	90,6	фл	80,0-																																						
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH)	30,1	пг	27,0-																																						
Тромбоциты (PLT)	265	10 ⁹ /л	150-4																																						
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC)	332	г/л	320-3																																						

Показатель анизоцитоза эритроцитов (RDW)	12,60	%	11,50
Средний объем тромбоцита (MPV)	12,3	фл	7,5-1
Лейкоцитарная формула (процентное содержание)			
Тест	Результат	Ед. измерения	Реф
Нейтрофилы	65,4	%	42,5-
Лимфоциты	29,3	%	18,2-
Моноциты	4,6	%	4,3-1
Эозинофилы	0,3	%	0,0-5
Базофилы	0,4	%	0,0-1
Лейкоцитарная формула (абсолютное содержание)			
Тест	Результат	Ед. измерения	Реф
Нейтрофилы	5,83	$10^9/\text{л}$	1,82-
Лимфоциты	2,61	$10^9/\text{л}$	0,85-
Моноциты	0,41	$10^9/\text{л}$	0,19-
Эозинофилы	0,03	$10^9/\text{л}$	0,08-
Базофилы	0,04	$10^9/\text{л}$	0,00-
Скорость оседания эритроцитов			
Тест	Результат	Ед. измерения	Реф
СОЭ (скорость оседания эритроцитов)	18,0	мм/ч	1,0-5
2. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 9,0 ммоль/л,			

глюкоза крови – 10,2 ммоль/л, АЛТ -20,3 ед/л (0-34);
 АСТ – 20,2 ед/л (0-31);
 креатинин 77,1 мкмоль/л (58-127);
 СКФ (по формуле СКD-EPI) - 91 мл/мин/1,73м²; d-димер – 0,26 мкг FEU/мл (0,00 – 0,55).

Задача № 2

Пациентка К., 47 лет обратилась к врачу общей практики (семейному врачу) 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.

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. Наследственность не отягощена. Травм и операций не было. Курит 30 лет по 5-7 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Состоит на диспансерном наблюдении у врача общей практики (семейного врача) по поводу артериальной гипертонии. По назначению врача принимает эналаприл и индапамид. С целью контрацепции длительно использует оральные контрацептивы.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, чистые. В правой подмышечной области пальпируется плотный, безболезненный пакет увеличенных лимфоузлов размером 2 × 3 см, спаянных между собой, подвижных, кожа над ним не изменена. Слизистые ротоглотки розовые, чистые. Носовое дыхание свободное. При аускультации легких – дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧД 20 в мин. ЧСС = Пульс = 75/мин. АД – 150/85 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул и диурез не изменены.

Общий анализ крови: WBC – 9,0x10⁹/л, RBC – 3,0x10¹²/л, HGB – 100 г/л, HCT – 41,3%, MCV – 78,8 фл, MCH – 26,3 пг/мл, MCHC – 317 г/л, RDW – 13,5%, PLT –

289x10⁹/л, MPV – 10,2 фл, СОЭ - 30 мм/час

Задание:

1. Оцените данные анамнеза и осмотра, уточните недостающую информацию
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию
3. Дополните объем осмотра, который необходимо провести пациентке
4. Назначьте дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, консультации узких специалистов
5. Профилактика данного заболевания врачом общей практики (семейным врачом)

Задача № 3

Пациентка Н., 42 года. Жалоб во время осмотра нет. В анамнезе гипертоническая болезнь (медикаментозную терапию принимает лишь при ухудшении самочувствия

- подъемах АД до 160/95 мм.рт.ст). Курит в течение 15 лет. Заполнила анкету по диспансеризации (см. анкету).

Объективно: АД - 142/93 мм.рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты). Окружность талии - 92см. Рост-157см, вес-70кг.

Лабораторные исследования: Общий холестерин - 5,0 ммоль/л. Глюкоза - 4,9 ммоль/л.

	Флюорография без патологии. Задание: 1. Оцените анкету и вынесите заключение о необходимости лабораторного и инструментального дообследования, консультаций узкими специалистами. 2. Выделите факторы риска развития ХНИЗ у данного пациента, оцените сум-

марный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной такового, если бы пациент не курил. 3. Охарактеризуйте онкологическую составляющую врачебного осмотра и до-полните перечень исследований, необходимых пациенту, в рамках I этапа дис-пансеризации. 4. Охарактеризуйте порядок краткого профилактического консультирования на I-м этапе диспансеризации. 5. Перечислите показания для углубленной диспансеризации. 6. Установите группу состояния здоровья и определите дальнейшую тактику ведения пациента. Практические навыки:				
Оценочный лист «Первичная хирургическая обработка поверхностной ны»				
		АЛГОРИТМ ДЕЙ-СТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТ- СТВИЯ	МА- К- СИ- МА- ЛЬ- НЫ Й БАЛЛ
*		Создание комфортных и безопасных условий осмотра	Плотно закрыть дверь или поместить пациента за шир-му на время манипуляции	2
		Придание пацие нту исходного положения	Лежа на спине или на животе	2
		Правильно подгот ов-лено оснащение	1) шприцы 5-10 мл с иг-лами длиной 5-12 см, диаметром 1-2 мм; 2) раствор анестетика; 3) стерильный лоток; 4) стериль- ные остроконечный и брюши- стый скальпель; 5) стерильные анатомический и хирургический пинцеты, крючки Фарабефа, ранорасширитель; 6) кровооста-навливающие зажимы (4-5 за-жимов Бильрота, 1-2 зажима Кохера, 2 москита); 7) костные распаторы и кусачки; 8) кожные иглы (круглые и режущие) со стерильным шовным материа-лом (капрон, лавсан, различные атравматические нити); 9) изото-нический раствор хлорида натрия, антибиотики широкого спектра действия, водораство-римая мазь с антибиотиком; 10) перевязочный материал, ватные тампоны, операционное белье; 11) бельевые цапки,	2

			корнцанг, 12) антисептический раствор;13) ножницы (прямые, изогнутые и сосудистые); 14) дренажные трубки;15) стерильные перчатки			
	*	Правильная подготов-ка рук врача к проведению исследования	Руки обработаны хирур-гическим способом и надеты перчатки	2		
		Техника выполнения		6		

		.1	Наружная ка раны	сильно загрязненную рану промывают раствором антисептика или 0,9% раствором NaCl, с кожи вокруг раны удаляют загрязнения, кровь и сбривают волосы на расстоянии около 10-12 см. Кожу обтирают салфетками и обрабатывают настойкой йода.	2		
		.2	Местная анестезия	Ограничивают операционное поле стерильным бельем или салфетками, производят местную анестезию (нельзя вкалывать иглу через раневую поверхность во избежание инфицирования). Местная инфильтрационная анестезия раствором анестетика (с учетом индивидуальной переносимости); общая анестезия.	2		
		.3	Внутренняя обработка раны	Рассекают ткани по ходу раневого канала: кожу, подкожную жировую клетчатку, фасции, апоневроз. Нежизнеспособные ткани удаляют окаймляющим разрезом. Производят гемостаз. Крючками раздвигают края раны. Производят ревизию содержимого раны, удаляют сгустки крови, инородные тела, свободно лежащие костные фрагменты. Иссекают разможенные нежизнеспособные мышцы. Промывают рану растворами перекиси водорода, антисептиков. Производят гемостаз.	2		

			Завершение у- ры процед	Для обеспечения свободного оттока отделяемого при глубоких ранах накладывают контрапертуру (противоотверстие) в противоположном углу раны, проходя при этом мягкие ткани тупо, а кожу рассекая над кровоостанавливающим зажимом; через нее выводят дренажную трубку с боковыми отверстиями. Рану присыпают антибиотиком и (или) обкалывают 0,25 % раствором анестетика с антибиотиком. Накладывают швы, вводят дренажную трубку или тампоны с мазью.	2		
			Оценка				
			«5» - 14 - 16 баллов «4» - 11 - 13 баллов				

			«3» - 8 - 10 баллов «2» - 7 и менее баллов			
			Алгоритм оказания первой помощи пациенту в случае уду (обструкция инородным телом в дыхательных путях)			
			Оценочный лист			
			КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ	МАКСИМАЛЬНЫЙ БАЛЛ	Л	Ч
			Определил, может ли пострадавший кашлять, говорить или дышать	2		
			Установил отсутствия дыхания, немедленно нанес до 5 ударов между лопатками	2		
			Оценил дыхание, выявил отсутствие дыхания	2		
			Применил 5 приемов брюшного сдавления (расположился сзади пострадавшего и плотно сжав руки в замок обхватив живот пострадавшего немного наклонил вперед; после этого, ведущую руку сжал в кулак и расположил между грудиной и пупком; второй (не ведущей) рукой максимально сильно обхватил кулак и потянуть туловище пострадавшего на себя и вверх)	2		
			Оценил наличие дыхания	2		
			Максимальный балл	10		
			Оценка: «5» - 9 - 10 баллов «4» - 7 - 8 баллов «3» - 5- 6 баллов			
	Клинические кейсы - ?					
	Примерные вопросы к экзамену					
	ОПК-6 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов					
	1. Особенности реабилитации кардиологических больных. Санаторно-курортное лечение. показания, противопоказания. 2. Реабилитация травматологических больных: медико-социальные и экономические аспекты. 3. Особенности реабилитации онкологических больных. Паллиативная помощь. Психологическая помощь больным и родственникам. 4. Инвалидность как медико-социальное последствие травматизма. 5. Структура современного реабилитационного центра. 6. Реабилитация больных после перенесенного инсульта. Методы коррекции неврологически нарушений. 7. Доступная среда для инвалидов. Законодательные акты. 8. Реабилитация больных с потерянными конечностями. Современные виды протезов. 9. Психологическая помощь родственникам пациентов. Современное состояние проблемы. 10. Реабилитация речевых нарушений у детей.					

	физической реабилитации. 2. Принципы физической реабилитации. 3. Этапы физической реабилитации. 4. Средства физической реабилитации. 5. Особенности метода ЛФК. 6. Клинико-физиологическое обоснование лечебного действия физических упражнений. 7. Механизмы регуляции физиологических функций при воздействии физических средств реабилитации. 8. Основные положительные эффекты физических упражнений. 9. Основные средства ЛФК. 10. Классификация физических упражнений.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации 1 уровень: 1. Что не входит в определение общественного здоровья, принятое в ВОЗ? 1) физическое, социальное и психологическое благополучие 2) возможность трудовой деятельности 3) наличие или отсутствие болезней 4) наличие благоустроенного жилища * 2. Что не относится к основным принципам медицинской реабилитации? 1) раннее начало 2) системность и этапность 3) партнерство врача и больного 4) законченность (выздоровление или максимальное восстановление) 5) государственность * 3. Что не относится к основным физиотерапевтическим подразделениям в системе здравоохранения? 1) физиотерапевтический кабинет 2) физиотерапевтическое отделение 3) физиотерапевтическая поликлиника 4) физиотерапевтическая больница 5) санаторий-профилакторий * 4. Как соотносятся между собой понятия профилактика и реабилитация? 1) профилактика и реабилитация - разные понятия 2) профилактика и реабилитация - идентичные понятия 3) реабилитация является составной частью профилактики * 5. Что означает понятие «здоровье»? 1) полное физическое, духовное и социальное благополучие * 2) отсутствие хронических заболеваний и функциональных нарушений 3) отсутствие физических и психических нарушений 4) отсутствие заболеваний 6. Что изучает реабилитология? 1) саногенетические механизмы восстановления организма 2) использование специфических функциональных нагрузок 3) воздействие методов реабилитации на организм человека 4) все вышеперечисленное * 7. Какой принцип охраны и улучшения здоровья населения является основополагающим ? 1) увеличение и улучшение стационарной помощи

	2) усиление профилактического направления медицины * 3) улучшение психологической помощи населению 4) развитие профессионального спорта 5) развитие народной медицины 8. Что не относится к этапам реабилитации? 1) стационарный 2) диспансерно-поликлинический 3) санаторно-курортный 4) профилактический * 9. Что не предусматривает реабилитационный диагноз? 1) нозологическую форму и ее вариант 2) фазу течения процесса 3) степень компенсации имеющихся расстройств 4) состояние регуляторных систем 5) этиопатогенетический вариант * 10. Компенсация - это способность к возмещению утраченной функции за счет чего? 1) усиления деятельности поврежденного органа или других органов * 2) полноценной заместительной терапии 3) трансплантации 4) улучшения микроциркуляции 5) экстирпации 11. Выбрать, что входит в состав смеси для улучшения отхаркивания мокроты: 1). натрия гидрокарбонат, калий йодистый, минеральная вода, дистиллированная вода* 2). калий йодистый 3). минеральная вода 4). дистиллированная вода 5). Ментол 12. Выбрать лечебное действие лазеротерапии: 1). обезболивающее, фибринолитическое, противовоспалительное, иммуностимулирующее* 2). фибринолитическое 3). противовоспалительное 4). седативное 13. Выбрать противопоказания к применению УФО: 1). злокачественные новообразования, артрит, непереносимость УФО* 2). кахексия 3). артрит 4). рахит 14. С какой целью применяется индивидуальное облучение (выбрать)? 1). профилактика 2). лечение* 3). диагностика 4). реабилитация, диагностика 15. Биодозиметрия отражает (выбрать) чувствительность к ультрафиолетовым лучам: 1). частичную, региональную* 2). региональную 3). частичную

	16. Какие размеры полей применяются при местном облучении грудной клетки (в

	см)? 1) 12x15* 2) 10x12 3) 6x8 4) 3x8 17. Какие типы действия оказывает эритема? 1) противовоспалительное, болеутоляющее, десенсибилизирующее, бактерицидное* 2) болеутоляющее 3) десенсибилизирующее 4) бактерицидное 18. Выбрать общие показания к УФО: 1) профилактика УФ недостаточности, закаливание, профилактика рахита, псориаз* 2) закаливание, повышение сопротивляемости 3) профилактика и лечение рахита 4) псориаз 19. Выбрать общие противопоказания к УФО: 1) Т-лихорадка 2) кровотечение 3) туберкулез легких, лихорадка, кровотечение* 4) беременность 20. Выбрать факторы, присущие грязи, которых нет у других: 1) температурный 2) механический 3) химический 4) гормональный, биологический* 2 уровень: 1. Распределите процентное соотношение времени по периодам занятия ЛФК? 1. подготовительный период 2. основной 3. заключительный а) приблизительно 25% б) приблизительно 50% в) составляет 25% 1) 1а, 2б, 3в* 2) 1б, 2в, 3а 3) 1в, 2б, 3а 2. Найдите соответствие алгоритма сестринского вмешательства и проблем пациен- та при синдроме хронической левожелудочковой недостаточности. Характер сестринского вмешательства. 1) Срочно вызвать врача. Приподнять головной конец, освободить от одежды, стес- няющей дыхание; ингаляционно увлажненный кислород; положению в постели обучить, ограничить физическую активность. 2) Полный покой, доступ свежего воздуха, полусидячее положение, ингаляция увлажненного кислорода, наблюдать за АД и ЧДД. Беседа о причинах возникнове- ния и профилактике. Проблемы пациента а) Одышка. б) Сердцебиение. в)

Крвохарканье.

г) Удушье.

1) 1-г, 2-а *

2) 1-а, 2-в

	3) 1-б, 2-а 4) 1-в, 2-б 5) 1-б, 2-в 3. Найдите соответствие между заболеванием и назначением разновидностей ЛФК. 1. бронхиальная астма 2. ИБС стенокардия 3. атонический колит 4. спастический колит а) дыхательная гимнастика б) дозированная ходьба в) упражнения для стимуляции мышц брюшного пресса г) упражнения на расслабление и растяжка 1) 1а, 2б, 3в, 4г* 2) 1б, 2в, 3а, 4г 3) 1в, 2б, 3а, 4г 4) 1г, 2в, 3а, 4б 3 уровень: Задача 1 При осмотре у ребенка П, 10 лет, с диагнозом: патологический вывих правого тазо- бедренного сустава, состояние после оперативного лечения, - выявлено нарушение осанки по сколиотическому типу. 1. Какие средства физической реабилитации можно назначить в данном случае? 1. кинезотерапия * 2. массаж* 3. физиотерапия* 4. мануальная терапия 2. Какие рекомендации необходимо дать ребенку и его родителям при выписке? 1. наблюдение в динамике врачом ЛФК* 2. ортопедом* 3. фитболтерапия* 4. плавание* 3. Каким стилем рекомендуется плавать при нарушениях осанки? 1. брасс* 2. кроль 3. вольный 4. на спине* Задача 2 Больному П, 56 лет, с диагнозом: последствия геморрагического инсульта в виде спастического левостороннего гемипареза, назначен курс ЛФК. Упражнения выполняются в одном темпе в течение 25-30 минут в положении стоя. В конце занятия больной использует гимнастические снаряды. 1) Правильно ли построено занятие для данного пациента? 1. нет, т.к. упражнения выполняются в одном темпе, постоянно в одном положении,* 2. нет, гимнастические снаряды не рекомендуется использовать в конце занятия* 3. да 2) Что влияет на дозу физической нагрузки? 1. возраст 2. пол 3. спортивный анамнез

	4. все вышеперечисленное*

	3) Какие вы знаете способы дозирования физической нагрузки? 1. изменять число вовлеченных в работу мышечных групп* 2. изменять темп выполнения упражнения* 3. усложнять координацию движений* 4. постоянное наращивание нагрузки до субмакс ЧСС Задача 3 В отделение восстановительного лечения поступил больной К, 10 лет, с диагнозом: неврит лицевого нерва, восстановительный период. Назначен курс реабилитации. Курс составляет 20 занятий. 1) Какой курс реабилитации вы можете назначить данному больному? 1. кинезотерапия*, 2. физиотерапия* 3. гомеопатия 4. медикаментозное лечение* 2) какой вид массажа вы рекомендуете 1. массаж общий 2. массаж воротниковой зоны* 3. массаж лица
	Задания открытого типа 1. Реабилитация – это Эталон ответа: координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий в целях подготовки индивидуума на оптимум трудоспособности 2. Цель реабилитации – это _____ Эталон ответа: социальная интеграция больного, который является объектом реабилитации 3. Цель стационарного этапа реабилитации - _____ спасение жизни 5. Первый этап медицинской реабилитации проходят в _____ Эталон ответа: специализированных лечебных и реабилитационных отделениях стационара 6. Для улучшения дренажной функции бронхов пожилым и старым людям лучше использовать _____ Эталон ответа: активную гимнастику 7. Цель амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации: _____ Эталон ответа: восстановление трудоспособности, поддержании ее на достигнутом уровне и в предупреждении прогрессирования заболевания. 8. Реабилитационные мероприятия инвалида осуществляются на основании - _____ Эталон ответа: индивидуального плана реабилитации инвалида 9. Меры профилактики аспирационной пневмонии у пациента с инсультом _____ Эталон ответа: прием полужидкой пищи с загустителями небольшими порциями с паузами и вертикальным положением тела после приёма пищи 10. Медицинская реабилитация пациентам с инсультом должна быть начата _____ Эталон ответа: не позднее 48 часов от момента поступления в стационар.

Примерные ситуационные задачи	
Задача 1	
Ситуация	
	Пациент П., 62 года, находится на ДН по ИМ у участкового терапевта. Планирует направление на ВК с целью рассмотрения вопроса о направлении на МСЭ с целью уста группы инвалидности. Терапевт направил на консультацию к врачу-гериатру.
Жалобы	
	На одышку и боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера при незнач физической нагрузке, проходящих только в покое, отеки нижних конечностей слабость, быструю утомляемость.
Анамнез заболевания	
	8 месяцев назад перенес острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка. Заболевания испытывал жалобы на боль в грудной клетке при физической нагрузке, не обращался. От коронароангиографии отказался. Проводимое лечение с незначительным положительным эффектом.
Анамнез жизни	
	Не работает. Стаж работы инженером 43 года. Профессиональной вредности не имеет. Бывший курильщик, бросил курить 8 месяцев назад. Алкоголь до заболевания употребляет редко. Травмы, операции и хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Родственники по линии отца страдают артериальной гипертензией.
Объективный статус	
	Состояние средней тяжести, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Передвигается самостоятельно в замедленном темпе. Рост 169 см, масса тела 72 кг. ИМТ 25,2. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 16. Сердце: тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 90 в мин. АД 130/80. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации + 2 см из-под края ребер. Отеки нижних конечностей. Физиологические функции в норме.
ПРОЦЕДУРА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ	
ЗАДАНИЕ № 1	Данному пациенту перед направлением на МСЭ необходимо выполнить
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	<u>Холтеровское мониторирование сердечного ритма</u>
Результат	<u>За период наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС в мин. НЖЭ 20 в сут., одиночные. Патологические (гемодинамически значимые) паузы не выявлены. Замедление АВ-проводения не выявлено. Ишемическое смещение сегмента ST в V5,6 общепринято 90 мин (связанное с физической нагрузкой) - ход</u>
Верный ответ 2	Эхокардиографию
Результат	Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Расстояние от створки до створки 35%. Умеренная дилатация полости правого желудочка. Фр броска 35%. Зоны акинезии в области нижне-боковых отделов л. желудочка. <u>Умеренная легочная гипертензия.</u>

	Дистрактор 1	регистрацию ЭКГ в 12 отведениях
	Результат	Диффузные изменения миокарда. Рубцовые изменения нижн левого желудочка
	Дистрактор 2	рентгенографию органов грудной клетки
	Результат	Признаки застоя в малом круге кровообращения. Кардиомегал диоторакальный индекс 70%.
	Дистрактор 3	Определение гормонов щитовидной железы
	Результат	Тиреотропный гормон 11,2 мМЕ/мл, свободный Т4 0,92 нг/дл ный Т3 3,59нг/мл.
	Дистрактор 4	ангиопульмонографию
	Результат	Признаков эмболии не выявлено. Дефектов наполнения нет
	ЗАДАНИЕ № 2	Согласно жалобам, данным анамнеза и результатам инструмен обследования <u>пациенту установлен диагноз:</u> ИБС: Стенокардия напряжения ____ФК. Постинфарктный карроз (острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудо г.) ХСН ____, ____ФК NYHA
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	III; IIб, III
	Дистрактор	II; III, III
	Дистрактор	III; I, II
	Дистрактор	II;IIа, IV
	<u>ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ</u>	
	ЗАДАНИЕ № 3	Данный пациент имеет стойкие нарушения _____систе мы
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	сердечно-сосудистой
	Дистрактор	дыхательной
	Дистрактор	мочевыделительной
	Дистрактор	пищеварительной
	ЗАДАНИЕ № 4	Степень стойкого нарушения функции _____
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	III
	Дистрактор	I
	Дистрактор	II
	Дистрактор	IV
	ЛЕЧЕНИЕ	

	ЗАДАНИЕ № 5	Пациенту амбулаторно после снятия декомпенсации ХСН в стационара показана комбинированная терапия	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина I таном +сакубитрилом, бета-адреноблокаторами и антагонистам стерона, диуретиками	
	Дистрактор	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина адреноблокаторами и антагонистами альдостерона	
	Дистрактор	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина I таном +сакубитрилом, и альдостерона антагонистами	
	Дистрактор	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина I таном +сакубитрилом, бета-адреноблокаторами	
	ЗАДАНИЕ № 6	При применении антагонистов альдостерона в комбинации с иА и бета-адреноблокаторами наиболее опасно развитие <u>выр</u>	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	гиперкалиемии	
	Дистрактор	гипернатриемии	
	Дистрактор	гиперурикемии	
	Дистрактор	гипокалиемии	
	ЗАДАНИЕ № 7	Оптимальной дозой диуретика считается та _____ доза, обеспечивает поддержание пациента в состоянии эуволеми, ежедневный прием мочегонного препарата обеспечивает сб ванный диурез и постоянную массу тела.	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	низшая	
	Дистрактор	высшая	
	Дистрактор	средняя	
	Дистрактор	максимальная	
	ЗАДАНИЕ № 8	Радикальным способом лечения больного с тяжелой ХСН, реф к консервативной терапии, является	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	трансплантация сердца	
	Дистрактор	сердечная ресинхронизирующая терапия	

	Дистрактор	аорто-коронарное шунтирование	
	Дистрактор	трансаортальная имплантация клапана	
	РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ		
	ЗАДАНИЕ № 9	Основное направление реабилитации инвалида для данного включает в себя	п а
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	<u>Медицинскую реабилитацию (ЛС)</u>	
	Дистрактор	реконструктивную хирургию	
	Дистрактор	социально-педагогическую адаптацию	
	Дистрактор	профессиональную реабилитацию	
	ЗАДАНИЕ № 10	Данный пациент имеет _____уровень реабилитационного потенц	и а
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	<u>низкий</u>	
	Дистрактор	удовлетворительный	
	Дистрактор	очень низкий	
	Дистрактор	высокий	
	ВАРИАТИВ		
	ЗАДАНИЕ № 11	Системой мер, обеспечивающей социальные гарантии данному ду, устанавливаемой законами и иными нормативными правов ми, за исключением пенсионного обеспечения, является _____валида	ы м
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	социальная поддержка	
	Дистрактор	психологическая поддержка	
	Дистрактор	социализация	
	Дистрактор	социальная адаптация	
	ЗАДАНИЕ № 12	Данный пациент имеет _____степень выраженности огранич способности <u>самообслуживании, передвижении</u>	е н и
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	первую	
	Дистрактор	вторую	
	Дистрактор	третью	
	Дистрактор	четвертую	
	ЗАДАНИЕ № 13	При проведении скрининга старческой астении у данной пацие дует использовать	н т

	Количество верных ответов	2
	Верный ответ 1	Опросник «Возраст не помеха»
	Верный ответ 2	КБТФФ
	Дистрактор 1	Велозргометрия
	Дистрактор 2	Корнельская шкала депрессии
Ситуационная задача 2 Женщина, 78 лет, обратилась к врачу с жалобами на усталость, боли в спине, уменьшающиеся в горизонтальном положении, боли в коленных, правом плечевом суставах, онемение в пальцах рук. Из анамнеза: 7 лет назад перенесла низкоэнергетический перелом левой лучевой кости при падении с высоты собственного роста, денситометрия не проводилась, лечение не получала. Ранее отмечала повышение гликемии до 6.2 ммоль/л, диагноз СД не выставлялся, соблюдает периодически низ- коуглеводную диету. Более 15 лет страдает гипертонической болезнью, принимает препараты из группы сартанов и антагонистов кальция. При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес 54 кг, рост 154 см, ИМТ 22.37 кг/м² . Нормостенической конституции. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Кожные по-		

кровы чистые, обычной окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст. Пульс 70 в мин. Язык суховат, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный. Диурез в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза 5.83 ммоль/л, креатинин 76 мкмоль/л, СКФ 65 мл/мин (по формуле CKD-EPI), общий холестерин — 4.3 ммоль/л.

Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Определите гериатрические синдромы. 3. Определите тактику ведения и лечения. 4.

Определите индивидуальный план реабилитации.

Пациентка М., 65 лет на протяжении 10 лет страдает гипертонической болезнью, длительное время принимала бета-блокаторы (пропранолол). Около года назад на высоте подъема АД (до 200/120 мм.рт.ст.) появилось головокружение, головная боль, чувство онемения в левой руке и ноге, падала в обморок; после применения антигипертензивных средств состояние нормализовалось, однако больная стала жаловаться на бестолковость, немотивированное снижение настроения, слезливость. Около двух месяцев назад состояние повторилось. После него стало трудно сосредотачиваться, забывала закрывать дверь в квартире, заметила, что с трудом вспоминает предыдущие серии любимых телесериалов, быстро утомлялась, была слезливой, отмечались приступы немотивированной раздражительности. При неврологическом осмотре имело место повышение сухожильных рефлексов справа. После третьего обморочного состояния (около недели назад) в течение нескольких дней не могла говорить, с трудом подбирала слова. В вечернее время уверяла, что ее навещает умерший муж. На ЭЭГ - диффузные изменения, на КТ - очаги постинфарктных изменений справа и слева в корковых заднебоковых зонах. При неврологическом осмотре - слаженность справа и легкая девиация языка влево.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Определите гериатрические синдромы.
3. Определите необходимые диагностические исследования для подтверждения диагноза.
4. Определите тактику реабилитации пациентки, особенности ухода.

Эталон ответа:

1. ГБ 3 стадии, неконтролируемая, риск 4. Последствия ОНМК, ДЭП 3, Мультиинфарктная сосудистая деменция.
2. Деменция, риск падений и переломов
3. Лечение основного сосудистого расстройства с применением антикоагулянтов, сосудорасширяющих средств, ангиопротекторов, а также борьба с когнитивным дефицитом с помощью интенсивного облучения, применения витаминов и ноотропов; в случае развития психоза - малые дозы транквилизаторов и нейролептиков. Психологическая поддержка больного и его родственников, разъяснение родственникам больного особенностей течения заболевания; по возможности избегание оставления больного без присмотра, обеспечение безопасности больного, для чего необходимо убрать из пределов его досягаемости лекарства и ядовитые вещества, спички, колюще-режущий инвентарь и т.д.
4. Консультация гериатра или психиатра. Тест рисования часов 7/10 баллов (цифры нарисованы за пределами циферблата, вместо цифр 1 указаны цифры 13, 14, 15, 16, 17). МоСА тест 24/30 баллов (из 5 слов самостоятельно вспомнила 2). Тест на написание животных - 13 слов, слов на букву «с» - 12 слов.

Ситуационная задача 3

	Женщина 76 лет обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение, слабость. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография –

выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), проведена трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. Три года назад верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. Были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались unsuccessful. Мобильность сохранена. Падения за предшествующий год 2 раза около 5 мес. назад (со слов, стало плохо, закружилась голова; травмы отрицает)

При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Скрининг «Возраст не помеха» – 5 баллов. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

1. Сформулируйте развернутый предварительный диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента, оценки рисков пациента.
4. Составьте план лечения, обоснуйте назначение групп лекарственных препаратов, схемы, дозы, сроки их применения
5. Определите план реабилитационных мероприятий
6. Ответьте на дополнительные вопросы.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной дз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслуминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от Дислипидемия IIb типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

Сопутствующий: высоковероятная старческая астения

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия IIb тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, unsuccessful попытками восстановления ритма. высоковероятная старческая астения – на основании результата гериатрического скрининга (5б)

3. -Холтермониторирование-ЭКГ (контроль ЧСС);

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечной тромбоз);

-определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

- направление к гериатру с целью проведения КГО для уточнения гериатрического статуса

- оценка риска кровотечений и тромбоэмболических осложнений

4. 1.) Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2.) Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеро-

	склероза) постоянно.

	3.) Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно. 4.) В Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + клопидогрель + пероральный антикоагулянт-варфарин (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов). 5) В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной Фракции выброса - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма). 6. Диспансерное наблюдение по ИБС ПИКС в течение первого года с интервалом 3 мес. у кардиолога, затем у участкового терапевта/ВОП. Е/г вакцинация от гриппа, Covid-19, рассмотреть возможность вакцинации от пневмококковой инфекции. Е/г диспансеризация с проведением гериатрического скрининга, при подтверждении ССА – е/г проведение КГО врачом – гериатром с оценкой доменов физического здоровья, когнитивного и функционального статуса. Рекомендации по питанию, физической активности (на баланс, равновесие, силовой), рекомендации по питанию, когнитивный тренинг. Клинический кейс Примерный шаблон кейса:		
	И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	У	-	Опишите ситуацию по заданной теме
	В	1	Выделите факторы риска, суммарный СС риск.
	Э	-	
	В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента.
	Э	-	
	В	3	Установите группу здоровья и группу диспансерного наблюдения здоровья
	О	-	
	В	4	Установите целевые показатели мониторируемые у пациента при диспансерном наблюдении
	Э	-	
	В	5	Оцените эффективность, безопасность, переносимость назначенной терапии. Проведите коррекцию лечения
	Э		
ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов	Примерные вопросы к экзамену (с №34 по №43 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Организационно-правовые основы, регламентирующие клиническую экспертную работу в медицинской организации. 2. Формы учета клиническо-экспертной работы в медицинской организации. 3. Что является основанием для установления в медицинской организации должно-		

медицинскую экспертизу	
	сти заместителя главного врача по КЭР? 4. Нетрудоспособность. Виды нетрудоспособности. Степени нетрудоспособности. 5. Нормативные документы, определяющие порядок экспертизы временной нетру- доспособности 6. Приказ МЗ России от 01.09.2020 N 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листка нетрудоспособности, включая порядок формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа». Ключевые требования. 7. Что предусматривает ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»? 8. Роль лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособно- сти? 9. Листок нетрудоспособности. Форма документа. Основания для выдачи листка нетрудоспособности. 10. Категории граждан, которым выдается листок нетрудоспособности. Документы, необходимые для выдачи листка нетрудоспособности. Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №34 по №46 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Какие медицинские работники медицинской организации уполномочены выдавать листок нетрудоспособности? Врач какого медицинского учреждения не имеет права на выдачу ЛН? 2. Каким документом руководствуются врачи при выдаче листка нетрудоспособности? 3. Особенности выдачи и продления листка нетрудоспособности, лицу, получающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях. 4. Особенности выдачи и продления листка нетрудоспособности лицу, получающему медицинскую помощь в стационарных условиях. 5. Какая организация осуществляет проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листка нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти? 6. Какая организационная структура медицинской организации решает вопрос о дальнейшем лечении и выдачи листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней? 7. На какой максимальный срок врачебная комиссия может продлить листок нетрудоспособности при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе? 8. При каком нарушении здоровья врачебная комиссия может продлить листок нетрудоспособности на срок до 12 месяцев? 9. С какого дня выдается листок нетрудоспособности при наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания? 10. Выдается ли листок нетрудоспособности в случае нахождения пациента в санатории и на какой срок? 11. На каком сроке беременности выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам при одноплодной, многоплодной беременности? 12. На какой срок выдается женщине листок нетрудоспособности при ее заболевании в период, когда она находилась в послеродовом отпуске? 13. На какой срок выдается инвалиду 3 группы листок нетрудоспособности в связи с присоединившимся заболеванием или обострением заболевания, которое явилось причиной инвалидности?

	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) 1 уровень: 1. На медико-социальную экспертную комиссию при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе больного (кроме больных туберкулезом) направляют не позднее _____ лечения 30 дней 10 месяцев 12 месяцев

	*120 дней 2. Экспертиза временной нетрудоспособности- это вид медицинской деятельности, которая проводится для Оценки состояния здоровья пациента Установления возможности осуществления трудовой деятельности (трудовой прогноз) *Определение сроков и степени нетрудоспособности пациента Обеспечения качества и эффективности проводимого лечения 3. <u>Организациями, направляющими гражданина на медико-социальную экспертизу являются</u> Медицинская организация государственной формы собственности, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения Медицинская организация государственной формы собственности, либо орган, осуществляющий пенсионное обеспечение Медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы, орган, либо орган, осуществляющий пенсионное обеспечение *Медицинская организация независимо от ее организационно-правовой формы, орган, либо орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения 4. Право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) имеют: #врачи клиник НИИ протезирования и ортопедии врачи приемных отделений больниц #лечащие врачи медицинских организаций врачи станций скорой медицинской помощи #участковые врачи-терапевты 5. Право на выдачу листков нетрудоспособности имеет: *частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии врач – трансфузиолог станции переливания крови врач – вирусолог лаборатории врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии 6. Функциями листка нетрудоспособности являются: #юридическая контрольная #статистическая #финансовая 7. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком: не более 5 дней не более 10 дней *не более 15 дней на весь срок лечения 8. Разрешение на продление листка нетрудоспособности более 15 дней определяет- ся: *врачебной комиссией лечащим врачом главным врачом заместителем главного врача

	9. Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования: инвалидам I группы

	детям-инвалидам *инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами инвалидам по профессиональному заболеванию 10. Листок нетрудоспособности может быть выдан одному из членов семьи или опекуну ребенка 13 лет, при нахождении: #в стационаре с диагнозом острой пневмонии #в стационаре с диагнозом острого аппендицита в детском оздоровительном лагере #в стационаре с диагнозом обострения хронического гломерулонефрита 11. Максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности при туберкулезе: 10 дней 30 дней 2 месяца *12 месяцев 12. Пациенту, находящемуся на учете в центре занятости и заболевшему гриппом: *выдается листок нетрудоспособности на весь период болезни выдается справка установленного образца сроком на 1 неделю выдается справка установленного образца на весь период болезни никакой документ не выдается 13. Иностранному пациенту с признаками временной нетрудоспособности выдается: справка произвольной формы *листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом справка врачебной комиссии медицинской организации листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом с разрешения главного врача 14. Больному, направленному в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) и признанному инвалидом, листок нетрудоспособности будет закрыт: днем направления больного в БМСЭ днем регистрации больного в БМСЭ днем освидетельствования больного в БМСЭ *днем, предшествующим регистрации больного в БМСЭ 15. Максимальный срок, на который врач частной практики имеет право выдать листок нетрудоспособности: 10 дней *15 дней 30 дней до полного клинического выздоровления 16. Одному из родителей по уходу за больным ребенком до 3 лет с острым заболеванием в амбулаторных условиях выдается: справка произвольной формы до выздоровления ребенка *листок нетрудоспособности на весь период заболевания листок нетрудоспособности до 7 дней листок нетрудоспособности до 15 дней 17. Основным критерием разграничения временной и стойкой нетрудоспособности является:

	характер течения заболевания условия труда степень выраженности функциональных нарушений *клинический и трудовой прогноз

	18. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность работающего гражданина, является: справка формы 095/у * листок нетрудоспособности справка формы 030/у справка формы 072/у 19. Право направления в бюро МСЭ имеет: лечащий врач заведующий отделением *врачебная комиссия главный врач 20. В случае неблагоприятного клинического прогноза врачебная комиссия имеет право максимально продлить листок нетрудоспособности: *4 месяцев 6 месяцев 10 месяцев 12 месяцев 21. Работающему инвалиду II группы без трудовых рекомендаций при заболевании гриппом выдается: справка 095/у на весь срок лечения *листок нетрудоспособности на весь срок лечения справка с пометкой "инвалид II группы" листок нетрудоспособности не выдается 22. Временную нетрудоспособность неработающего студента удостоверяет: справка ф.030-у справка ф.058-у *справка ф.095-у справка ф.025- у 23. По уходу за больным ребенком до 7 лет с обострением хронического заболевания в амбулаторных условиях выдается: справка произвольной формы до выздоровления ребенка *листок нетрудоспособности на весь период обострения хронического заболевания листок нетрудоспособности до 7 дней листок нетрудоспособности до 15 дней 2 уровень Выберите соответствие 1. А) По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлён до полного восстановления трудоспособности на срок не более б) В отдельных случаях (травмы, туберкулёз, состояние после реконструктивных операций) листок нетрудоспособности выдаётся не более чем на 1) 4 месяцев 2) 5 месяцев 3) 10 месяцев 4) 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней

	Эталон ответа: А-3; Б-4 2. А) Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком до 7 лет при амбулаторном лечении выдаётся на срок б) Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребёнком старше 7 лет при амбулаторном лечении выдаётся на срок 1) до 7 дней 2) до 15 дней 3) до 30 дней

	1) до 3 дней 2) до 7 дней 3) до 15 дней 4) на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания Эталон ответа: А-4; Б-3 3. а) При заболеваниях и травмах лечащий врач продлевает единолично листок нетрудоспособности на срок до Б) Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеют право вы- давать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 1) 15 календарных дней 2) 25 календарных дней 3) 30 календарных дней 4) 40 календарных дней Эталон ответа: А-1; Б-1 3 уровень 1. Безработный 36 лет, состоящий на учете в муниципальном отделе занято- сти населения, перенес ОРВИ, ринофарингит. Лечился у врача общей прак- тики с 10.10. по 16.10. Имеет ли право безработный получить листок нетрудоспособности А) имеет, поскольку состоит на учете в центре занятости Б) не имеет, т.к. он безработный В) не имеет, т.к. нет отчислений в фонд ОМС Г) имеет, поскольку он гражданин РФ, имеющий полис ОМС 2. Как оформляется медицинская документация А) документация оформляется на общих основаниях* Б) случай экспертизы должен проводиться через врачебную комиссию В) случай экспертизы должен проводиться через консультацию с зам. глав- ного врача по экспертизе 2. У работницы, находящейся в очередном отпуске с 3.04. по 30.04. ребенок 5 лет заболел острым тонзиллофарингитом с 13.04. по 26.04. 1. Имеет ли право семейный врач, лечивший ребенка, выдать матери ребенка листок нетрудоспособности в связи с уходом за заболевшим ребенком при его амбулаторном лечении? А) имеет право на весь период амбулаторного лечения* Б) не имеет право, т.к. мать находится в очередном отпуске В) имеет право только со дня окончания отпуска 2. В каких ситуациях ограничивается выдача больничного листа по уходу за ребенком А) возраст старше 7 лет* Б) возраст младше 7 лет В) амбулаторное лечение ребенка Г) стационарное лечение ребенка

	Задания открытого типа 1. Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в целях определения способности гражданина _____ Эталон ответа: осуществлять трудовую деятельность, необходимости и сроков временного или постоянного перевода гражданина по состоянию здоровья на другую работу, а также принятия решения о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу 2. При выдаче листа временной нетрудоспособности лечащий врач отражает в медицинской документации гражданина сведения о _____ Эталон ответа: состоянии здоровья гражданина, в отношении которого проводится экспертиза временной нетрудоспособности, с обоснованием необходимости временного освобождения от работы; характере и условиях труда, социальных факторах или обосновании закры-
	тия листка нетрудоспособности при восстановлении трудоспособности и выданном листке нетрудоспособности 3. Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования инвалидам с _____ Эталон ответа: необратимыми анатомическими дефектами 4. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдаётся _____ 5. Документ, который предъявляется пациентом в медучреждении для получения листка временной нетрудоспособности _____ Эталон ответа: документ, удостоверяющий личность пациента. 6. Лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору, выдается- ся _____ Эталон ответа: листок временной нетрудоспособности 7. Врач частной практики имеет право выдавать листок нетрудоспособности при наличии _____ Эталон ответа: лицензии на право заниматься медицинской деятельностью 8. Временная утрата трудоспособности граждан, признанных в установленном порядке безработными удостоверяется _____ Эталон ответа: листом нетрудоспособности 9. Бывшим военнослужащим, уволенным с военной службы в связи с окончанием контракта, при наступлении нетрудоспособности _____ лист нетрудоспособности не выдаётся Эталон ответа: в течение месяца со дня увольнения 10. Гражданам, не подлежащим социальному страхованию, относят- ся _____ Эталон ответа: военнослужащие, сотрудники ФСБ РФ, лица, работающие по гражданско-правовым договорам, учащиеся послевузовского профессионального образования.

Примерные ситуационные задачи Задача № 1 Ситуация	
	Пациент П., 64 года, находится на амбулаторном лечении 21 день с открытым листком годности. Планируется представление на ВК с целью рассмотрения вопроса о нии на МСЭ с целью установления группы инвалидности.
Жалобы	
	<i>Боли в нижних отделах живота, запоры, выделение крови с калом, общая слабост ние аппетита, повышение температуры тела до 37,0-37,6С.</i>
Анамнез заболевания	
	<i>Заболел месяц назад – появились боли в нижних отделах живота, запоры. При появл ви в кале обратился за мед. помощью. После обследования был выставлен диагноз мовидной кишки. В оперативном лечении отказано из-за распространенности про комендовано симптоматическое лечение.</i>
Анамнез жизни	
	<i>Образование высшее техническое. Работал инженером, на шинном заводе, стаж работы 40 лет. Не работает 4 года. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет Травмы, операции и хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена.</i>
Объективный статус	
	<i>Состояние средней тяжести, сознание ясное, ориентирован во времени и простран бя обслуживает. Одевается и раздевается в несколько замедленном темпе. Пере самостоятельно без дополнительной опоры в замедленном темпе. Рост 168 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В легких: ды зическое, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Пульс=ЧСС=90 в мин, ритмичный. АД 110/ 70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, болезненный в ниж лах живота, в левой подвздошной области пальпируется плотное образование, р 10х15см. Печень не увеличена, край печени острый, безболезненный. Отеков нет.</i>
ЗАДАНИЯ	
ПРОЦЕДУРА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ	
ЗАДАНИЕ № 1	При направлении на МСЭ необходимо обязательно представить результаты
Количество вер- ных ответов	2
Верный ответ 1	Колоноскопии
Результат	в нижней трети сигмовидной кишки опухоль на 2/3 застигает просвет кишки, прорастает толщу кишки, при контакте кровото- чит
Верный ответ 2	биопсии опухоли
Результат	аденокарцинома низкодифференцированная
Дистрактор 1	регистрацию ЭКГ
Результат	ритм синусовый, ЧСС 88 в мин. Диффузные изменения миокар- да.
Дистрактор 2	рентгенографию органов грудной клетки

	Результат	легкие и сердце – возрастные изменения.
	Дистрактор 3	Определение гормонов щитовидной железы
	Результат	Тиреотропный гормон 11,2 мМЕ/мл, свободный Т4 0,92 нг/дл, свободный Т3 3,59нг/мл.
	Дистрактор 4	Копрограмма
	Результат	Кал оформленный, коричневый, мышечные волокна (+), перевариваемая клетчатка (+), реакция Грегерсена (+)
	ЗАДАНИЕ № 2	Согласно жалобам, данным анамнеза и результатам инструментального обследования пациент будет направлен на МСЭ с диагнозом: Рак сигмовидной кишки IV стадии (T4N2M0), _____ клиническая группа
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	4 (инкурабельное состояние)
	Дистрактор	1
	Дистрактор	2
	Дистрактор	3
	1 ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ	
	ЗАДАНИЕ № 3	Данный пациент имеет стойкие нарушения функции _____
	Количество верных ответов	2
	Верный ответ	Иммунитета
	Верный ответ	пищеварительной
	Дистрактор	сердечно-сосудистой
	Дистрактор	дыхательной
	ЗАДАНИЕ № 4	Преобладает стойкое нарушение _____ функции
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	иммунитета
	Дистрактор	пищеварительной
	Дистрактор	сердечно-сосудистой
	Дистрактор	дыхательной
	ЗАДАНИЕ № 5	Степень нарушения функции (преобладающей)
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	IV
	Дистрактор	I
	Дистрактор	II
	Дистрактор	III

	ЗАДАНИЕ № 6	Имеется ограничение жизнедеятельности 3 степени к _____
	Количество вер-	1
	ных ответов	
	Верный ответ	труду
	Дистрактор	передвижению
	Дистрактор	самообслуживанию
	Дистрактор	контролю за поведением
	ЛЕЧЕНИЕ	
	ЗАДАНИЕ № 7	Пациенту показано лечение _____
	Количество вер-	1
	ных ответов	
	Верный ответ	симптоматическое
	Дистрактор	радикальное
	Дистрактор	этиологическое
	Дистрактор	патогенетическое
	ЗАДАНИЕ № 8	Радикальным способом лечения больного с раком кишечника является
	Количество вер-	1
	ных ответов	
	Верный ответ	удаление опухоли
	Дистрактор	наложение обходного анастомоза
	Дистрактор	выведение колостомы
	Дистрактор	назначение симптоматической терапии
	РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ	
	ЗАДАНИЕ № 9	Основное направление реабилитации для данного пациента включает в себя
	Количество вер-	1
	ных ответов	
	Верный ответ	социально-психологическую
	Дистрактор	реконструктивную хирургию
	Дистрактор	санаторно-курортное лечение
	Дистрактор	профессиональную реабилитацию
	ЗАДАНИЕ № 10	Данный пациент имеет ____ уровень реабилитационного потен- циала
	Количество вер-	1
	ных ответов	
	Верный ответ	низкий
	Дистрактор	удовлетворительный
	Дистрактор	сомнительный
	Дистрактор	высокий

	Задача № 2 Ситуация

Пациент П., 62 года, находится на амбулаторном лечении более 8 месяцев с открыт ком нетрудоспособности. Планируется представление на ВК с целью рассмотреть проса о направлении на МСЭ с целью установления группы инвалидности.	
Жалобы	
На одышку и боли в грудной клетке давящего и сжимающего характера при незнач физической нагрузке, проходящих только в покое, отеки нижних конечностей слабость, быструю утомляемость.	
Анамнез заболевания	
8 месяцев назад перенес острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка заболевания испытывал жалобы на боль в грудной клетке при физической нагрузке, не обращался. От коронароангиографии отказался. Проводимое лечение с незначительным положительным эффектом.	
Анамнез жизни	
Работал инженером, стаж работы 43 года. Профессиональной вредности не имеет. Бывший курильщик, бросил курить 8 месяцев назад. Алкоголь до заболевания употреблял по праздникам. Травмы, операции и хронические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Родственники по линии отца страдают артериальной гипертензией.	
Объективный статус	
Состояние средней тяжести, сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве бю обслуживает. Передвигается самостоятельно в замедленном темпе. Рост 169 см, масса тела 72 кг. ИМТ 25,2. Кожные покровы бледные, цианоз губ. В легких хрипы, влажные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 22 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 90 в мин. АД 130/80 мм рт. ст. с мягкий, безболезненный. Печень при пальпации + 2 см изпод края реберной дуги. Отеки нижних конечностей. Физиологические отправления в норме.	
ЗАДАНИЯ	
ПРОЦЕДУРА НАПРАВЛЕНИЯ НА МСЭ	
ЗАДАНИЕ № 1	Данному пациенту перед направлением на МСЭ необходимо выполнить
Количество верных ответов	2
Верный ответ 1	<u>Холтеровское мониторирование сердечного ритма</u>
Результат	<u>За период наблюдения регистрировался синусовый ритм с ЧСС 78-90 уд в мин. НЖЭ 20 в сут., одиночные. Патологические (гемодинамически значимые) паузы не выявлены. Замедление АВ-проведения не зарегистрировано. Ишемическое смещение сегмента ST в V5,6 общей продолжительностью 90 мин (связанное с физической нагрузкой - ходьбой)</u>
Верный ответ 2	Эхокардиографию
Результат	Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Раскрытие их полное. Умеренная дилатация полости правого желудочка. Фракция выброса 35%. Зоны акинезии в области нижне-боковых отделов левого желудочка. <u>Умеренная легочная гипертензия.</u>

	Дистрактор 1	регистрацию ЭКГ в 12 отведениях
	Результат	Диффузные изменения миокарда. Рубцовые изменения нижней стенки левого желудочка
	Дистрактор 2	рентгенографию органов грудной клетки
	Результат	Признаки застоя в малом круге кровообращения. Кардиомегалия: кардиоторакальный индекс 70%.
	Дистрактор 3	Определение гормонов щитовидной железы
	Результат	Тиреотропный гормон 11,2 мМЕ/мл, свободный Т4 0,92 нг/дл, свободный Т3 3,59нг/мл.
	Дистрактор 4	ангиопульмонографию
	Результат	Признаков эмболии не выявлено. Дефектов наполнения нет
	ЗАДАНИЕ № 2	Согласно жалобам, данным анамнеза и результатам инструментального обследования <u>пациенту установлен диагноз:</u> ИБС: Стенокардия напряжения ____ ФК. Постинфарктный кардиосклероз (острый Q-инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка 2017 г.) ХСН ____, ____ ФК NYHA
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	III; IIб, III
	Дистрактор	II; III, III
	Дистрактор	III; I, II
	Дистрактор	II;IIа, IV
	ПРИЗНАКИ ИНВАЛИДНОСТИ	
	ЗАДАНИЕ № 3	Данный пациент имеет стойкие нарушения _____ системы
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	сердечно-сосудистой
	Дистрактор	дыхательной
	Дистрактор	мочевыделительной
	Дистрактор	пищеварительной
	ЗАДАНИЕ № 4	Степень стойкого нарушения функции _____
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	III
	Дистрактор	I
	Дистрактор	II
	Дистрактор	IV
	ЛЕЧЕНИЕ	
	ЗАДАНИЕ № 5	Пациенту амбулаторно после снятия декомпенсации ХСН в условиях стационара показана комбинированная терапия
	Количество верных ответов	1

	Верный ответ	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина II/ валсартаном +сакубитрилом, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона, диуретиками
	Дистрактор	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина II/, бета-адреноблокаторами и антагонистами альдостерона
	Дистрактор	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина II/ валсартаном +сакубитрилом, и альдостерона антагонистами
	Дистрактор	ингибиторами АПФ/антагонистами рецепторов ангиотензина II/ валсартаном +сакубитрилом, бета-адреноблокаторами
	ЗАДАНИЕ № 6	При применении антагонистов альдостерона в комбинации с иАПФ/АРА и бета-адреноблокаторами наиболее опасно разви- тие выраженной _____
	Количество вер- ных ответов	1
	Верный ответ	гиперкалиемии
	Дистрактор	гипернатриемии
	Дистрактор	гиперурикемии
	Дистрактор	гипокалиемии
	ЗАДАНИЕ № 7	Оптимальной дозой диуретика считается та _____доза, ко- торая обеспечивает поддержание пациента в состоянии зуволе- мии, т.е. когда ежедневный прием мочегонного препарата обес- печивает сбалансированный диурез и постоянную массу тела.
	Количество вер- ных ответов	1
	Верный ответ	низшая
	Дистрактор	высшая
	Дистрактор	средняя
	Дистрактор	максимальная
	ЗАДАНИЕ № 8	Радикальным способом лечения больного с тяжелой ХСН, ре- фрактерной к консервативной терапии, является
	Количество вер- ных ответов	1
	Верный ответ	трансплантация сердца
	Дистрактор	сердечная ресинхронизирующая терапия
	Дистрактор	аорто-коронарное шунтирование
	Дистрактор	трансаортальная имплантация клапана
	РЕАБИЛИТАЦИЯ/АБИЛИТАЦИЯ	
	ЗАДАНИЕ № 9	Основное направление реабилитации инвалида для данного па- циента включает в себя
	Количество вер- ных ответов	1
	Верный ответ	<u>Медицинскую реабилитацию (ЛС)</u>
	Дистрактор	реконструктивную хирургию

	Дистрактор	социально-педагогическую адаптацию
	Дистрактор	профессиональную реабилитацию
	ЗАДАНИЕ № 10	Данный пациент имеет ____уровень реабилитационного потен- циала
	Количество вер-	1
	ных ответов	
	Верный ответ	<u>низкий</u>
	Дистрактор	удовлетворительный
	Дистрактор	очень низкий
	Дистрактор	высокий
	ВАРИАТИВ	
	ЗАДАНИЕ № 11	Системой мер, обеспечивающей социальные гарантии данному инвалиду, устанавливаемой законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения, является _инвалида
	Количество вер-ных ответов	1
	Верный ответ	социальная поддержка
	Дистрактор	психологическая поддержка
	Дистрактор	социализация
	Дистрактор	социальная адаптация
	ЗАДАНИЕ № 12	Данный пациент имеет ____степень выраженности ограниче- ний способности <u>самообслуживании,</u> <u>передвижении</u>
	Количество вер-ных ответов	1
	Верный ответ	первую
	Дистрактор	вторую
	Дистрактор	третью
	Дистрактор	четвертую
	ЗАДАНИЕ № 13	Контроль показателей состояния здоровья по ХСН в рамках проведения диспансерного наблюдения пациента врачом-терапевтом участковым включает обязательную оценку динами- ки:
	Количество вер-ных ответов	3
	Верный ответ	уровня АД
	Верный ответ	частоты сердечных сокращений
	Верный ответ	массы тела
	Дистрактор	уровня мочевой кислоты
	Дистрактор	сердечного ритма

		Примерный перечень практических навыков <u>Медицинская экспертиза:</u> 3.22 Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности 3.23 Проведение врачебной комиссии (ВК) 3.24 Определение медицинских показаний к трудоустройству Критерии и порядок оценки заполненного учебного Направления на МСЭ			
		ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ УЧЕБНОГО НАПРАВЛЕНИЯ на МС			
		Критерии оценки			
	№	Оцениваемые критерии	Балл от 0 до 2	Максимальн о возможный балл	
	А)	Диагностика заболевания (полнота, правильность описания субъективного и объективного обследования)	0	2	
			1		
			2		
	Б)	Формулировка диагноза (полнота, соответствие современным классификациям, кодирование по МКБ-10)	0	2	
			1		
			2		
	В)	Оценка стойкой нетрудоспособности (обоснованность направления гражданина на медико-социальную экспертизу)	0	2	
			1		
			2		
	Г)	Качество оформления (умение оформить работу в соответствии с графами)	0	2	
			1		
			2		
ИТОГОВЫЙ БАЛЛ					
0 баллов – полное невыполнение критерия 1 балл – частичное выполнение, выполнение с ошибками 2 балла - критерий выполнен полностью					
Отлично»: 7-8 баллов «Хорошо»: 5-6 баллов «Удовлетворительно» - 3-4 баллов «Неудовлетворительно» - 2 и менее баллов					
Клинический кейс Примерный шаблон кейса:					
	И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		

	У	-	Приведите пример ситуации по заданной теме	
	В	1	Выделите факторы риска, суммарный СС риск.	
	Э	-		
	В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента. Рек мендации для семьи.	
	Э	-		
	В	3	Проведите экспертизу временной/стойкой нетрудоспособност пациента	и
	Э	-		
	В	4	Сделайте образец записи в амбулаторной карте при проведени медицинской экспертизы данному пациенту	и
	Э	-		

ОПК-8 Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Примерные вопросы к экзамену (с №44 по №51 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Общие принципы профилактики и укрепления здоровья 2. Определение понятия «здоровье», его структура и содержание Факторы, влияющие на здоровье населения, группы здоровья. Факторы риска возникновения распространенных заболеваний 3. Определения понятий «профилактика», «медицинская профилактика», «предболезнь», «болезнь» и «укрепление здоровья» 4. Виды профилактики – первичная, вторичная, третичная Определения понятий «индивидуальная и популяционная профилактика», «популяционная стратегия» 5. Планирование и организация профилактических мероприятий в амбулаторных условиях и в работе участкового врача. Работа в команде (роль медсестер, специалистов, напр., диетологов, врачей лечебной физкультуры и др.). 6. Нормативно-правовые и организационные основы профилактики заболеваний в РФ. Порядок оказания профилактической помощи населению. 7. Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики. Стратегии профилактики. 8. Эпидемиологическая характеристика показателей здоровья населения и разных групп. Методы изучения здоровья (популяционного и индивидуального). Этические и юридические аспекты профилактики Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Кто и когда подлежит прохождению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, в том числе углубленной? 2. Необходимо ли проходить профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию 3. (в том числе углубленную) в молодом возрасте? 4. Как долго необходимо проходить исследования в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации? 5. Что входит в программу профилактического медицинского осмотра ? 6. Почему диспансеризация проводится в два этапа? 7. Что входит в первый и второй этапы диспансеризации, в том числе углубленной? 8. Зачем нужны методы исследования, которые включены в углубленную диспансеризации лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию? 9. Какова тактика, если в рамках исследований профилактического медицинского осмотра и диспансеризации выявлены отклонения? 10. Чем полезно проведение анкетирования профилактического медицинского осмотра и диспансеризации ? Почему это является первым и неотъемлемым пунктом в рамках обследований? 11. Почему в рамках диспансеризации включено выявление 7 локализаций и не проверяют на другие виды злокачественных новообразований? 12. В чем разница между диспансеризацией, углубленной диспансеризацией и профилактическим медицинским осмотром?

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

1. Целью диспансеризации населения является сохранение здоровья пациентов конкретного лечебно-профилактического учреждения
оказание специализированной медицинской помощи

*улучшение здоровья населения

наблюдение за прикрепленным контингентом

2. Наиболее раннюю диагностику рака желудка обеспечивает рентгенологическое исследование
обзорная рентгеноскопия брюшной полости
поиск синдрома малых признаков

*гастроскопия с биопсией

3. Средством специфической профилактики гриппа является иммуноглобулин

амантадин

*вакцина

ламивудин

4. Объектом первичной профилактики являются:

*Все жители территории

Реконвалесценты острых заболеваний

Жители в трудоспособном возрасте

Больные хроническими заболеваниями

5. Постэкспозиционная профилактика гриппа у непривитых заключается в применении

Криданмода

глюкозаминилмурамилдипептида

ацикловира

*осельтамивира

6. Противопоказанием к назначению ЛФК при сахарном диабете является Полиурия

*Наличие в моче

ацетона

Сопутствующее

ожирение

Наличие сахара в крови более 5,5 г/л

7. При хроническом гастрите лечебную физкультуру назначают

В любой период

После полного выздоровления

*В период стихания процесса

обострения В период обострения

8. Абдоминальное ожирение у женщин белой расы диагностируется при окружности талии более (пороговое значение в см)

90

92

94

*80

9. В целях профилактики инфицирования вирусным гепатитом А назначают Интерфероны

Противовирусные

	препарат Иммуномодулятор *Вакцинацию

	10 Профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза 2 раза в год подлежат Больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких Мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы *Работники родильных домов, военнослужащие Больные язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки 11 К первичным факторам риска хниз относят Гиперхолестеринемию Артериальную гипертензию *Злоупотребление алкоголем Сахарный диабет 12 Усреднённые показатели частоты предоставления и кратности применения ви- дов лечебного питания включены в Порядки оказания медицинской помощи Клинические рекомендации^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99][100]} *стандарты медицинской помощи Протоколы ведения пациентов 13 Для расчёта патологической поражённости необходимы данные о числе случаев Конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний Конкретного заболевания и среднегодовой численности населения Всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы *заболеваний, выявленных при ~ медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр 14 срок действия санаторно-курортной карты составляет^{[1][2][3][4][5][6][7][8][9][10][11][12][13][14][15][16][17][18][19][20][21][22][23][24][25][26][27][28][29][30][31][32][33][34][35][36][37][38][39][40][41][42][43][44][45][46][47][48][49][50][51][52][53][54][55][56][57][58][59][60][61][62][63][64][65][66][67][68][69][70][71][72][73][74][75][76][77][78][79][80][81][82][83][84][85][86][87][88][89][90][91][92][93][94][95][96][97][98][99][100]} *2 месяца 10 дней 6 месяцев 30 дней 15 целью диспансерного осмотра является Наблюдение за прикрепленным контингентом *оценка здоровья пациента на момент обследования Оказание специализированной медицинской помощи сохранение здоровья пациентов конкретной медицинской организацией 16 к четвертой диспансерной группе онкобольных относят Пациентов с раком, подвергшимся радикальному лечению подозрением на рак раком, подлежащим лечению *запущенными формами рака 17. Комплексную оценку здоровья трудоспособного населения определяет показа- тель первичного выхода на инвалидность профессиональной заболеваемости общей заболеваемости *распределения по группам здоровья

18. Регулярную маммографию рекомендуют проводить, начиная с
____ лет 20

*

4

0

6

0

	50	
	19. К скрининговым методам диагностики рака предстательной железы относится определение уровня _____ в сыворотки крови раковоэмбрионального антигена нейронспецифической енолазы *простат- специфического антигена хорионического гонадотропина человека	
	20. Противопоказанием к введению живых вакцин являются аллергические реакции на пекарские дрожжи не прогрессирующие заболевания нервной системы *первичные иммунодефициты афебрильные судороги в анамнезе	
	2 уровень:	
	1. Найдите соответствие между целевыми уровнями ОХС и категорией риска сер- дечно-сосудистых заболеваний	
	Менее 5,0 ммоль/л	Низкий риск
	Менее 5,0 ммоль/л	Умеренный риск
	Менее 4,5 ммоль/л	Высокий риск
	Менее 4,0 ммоль/л	Очень высокий риск
	2. Найдите соответствие между целевыми уровнями ХС-ЛНП и категорией риска сердечно-сосудистых заболеваний	
	Менее 3,0 ммоль/л	Низкий риск
	Менее 3,0 ммоль/л	Умеренный риск
	Менее 2,5 ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня	Высокий риск
	Менее 1,8 ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня	Очень высокий риск
	3. Найдите соответствие между результатами ПГТТ и видом нарушения углеводного обмена	
	7,3 – 12,0 ммоль/л	Сахарный диабет
	6,1 – 7,9 ммоль/л	Нарушение толерантности к глюкозе
	6,5 – 7,7 ммоль/л	Нарушенная гликемия натощак
	4. Найдите соответствие между критериями диагностики и возможным нарушением углеводного обмена	
	Глюкоза венозной плазмы натощак <6,1 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ <7,8 ммоль/л	Норма
	Глюкоза венозной плазмы натощак ≥7,0 ммоль/л двукратно / через 2 часа после ПГТТ ≥11,1 ммоль/л / случайное определение глюкозы венозной плазмы ≥11,1 ммоль/л	Сахарный диабет
	Глюкоза венозной плазмы натощак <7,0 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ ≥7,8 и <11,1 ммоль/л	Нарушение толерантности к глюкозе
	Глюкоза венозной плазмы натощак ≥6,1 и <7,0 ммоль/л, через 2 часа после ПГТТ <7,8 ммоль/л	Нарушенная гликемия натощак

5. Соотнесите степень тяжести ХОБЛ и результаты спирометрии (ОФВ1, % от
должного)

	легкая	88%
	среднетяжелая	51%
	тяжелая	49%
	крайне тяжелая	40% + ХДН 1
3 уровень: 1. Пациент П, 64 года, обратился к врачу общей практики с жалобами на одышку при обычной ходьбе, затрудненный выдох, ежедневный кашель с отделением не- большого количества прозрачной вязкой мокроты. Данные симптомы беспокоят примерно в течение 6 месяцев. Эпизодов усиления одышки, появления гнойной мокроты за последний год не отмечает. Курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Ранее не обследовался, постоянно лекарственные препараты не применяет. Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологи- ческой окраски. Сатурация кислорода – 95%. Дыхание в легких жесткое, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, соотношение сохранено. Жи- вот мягкий, безболезненный. 1) НА 1 ЭТАПЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ А) ОАК, ОАМ Б) флюорографию легких, ЭКГ В) газовый состав крови Г) спирометрию + тест с бронхолитиком Д) ЭХО-КС Е) КТ органов грудной клетки 2) По результатам проведенного обследования: флюорография – органы грудной клетки без видимых изменений; спирометрия: индекс Тиффно 60%. ОФВ1 – 52% от должного. Тест с сальбутамолом: прирост ОФВ1 – 3%. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ А) Бронхиальная астма, персистирующая средней степени тяжести, неконтролируе- мая, впервые выявленная. ДН 1 ст. Б) Хроническая обструктивная болезнь легких, среднетяжелая, с редкими обострениями, впервые выявленная. ДН 1 ст. В) Хронический необструктивный бронхит Г) Идиопатический фиброзирующий альвеолит Д) Инфильтративный туберкулез легких 3) ПАЦИЕНТ КОНСУЛЬТИРОВАН ВРАЧОМ-ПУЛЬМОНОЛОГОМ. В КАЧЕСТВЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ЕМУ БЫЛ НАЗНАЧЕН А) Сальбутамол Б) Тиотропия бромид В) Салметерол+Флутиказон Г) Олодатерол+Тиотропия бромид Д) Ипратропия бромид+Фенотерол 4) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОБОСТРЕНИЙ ХОБЛ МОЖНО СЧИТАТЬ А) <i>S. aureus</i> Б) <i>S. pneumoniae</i> В) <i>H. influenzae</i> Г) <i>M. catarrhalis</i> Д) <i>M. pneumonia</i> 5) ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ В РАМКАХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОТКАЗУ ОТ КУРЕНИЯ ДОЛЖЕН: А) провести краткое профилактическое консультирование по отказу от куре-		

НИЯ

	Б) направить пациента на углубленное консультирование по вопросам отказа от курения, никотинзаместительной терапии В) направить пациента в центр здоровья 2. Пациент Л, 66 лет, проходит 1 этап диспансеризации. По результатам анкетирования выявлены факторы риска – курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, отягощенная наследственность по инфаркту миокарда. Находится под диспансерным наблюдением с диагнозом: Гипертоническая болезнь. По результатам антропометрии: Рост 168 см, вес 80 кг, ИМТ = 28,34, окружность талии – 92 см. АД – 150/90 мм рт. ст. Глюкоза – 6,52 ммоль/л, холестерин 6,02 ммоль/л, ОАК – норма, кал на скрытую кровь – слабоположительный. Флюорография – без изменений. ЭКГ – синусовый ритм, признаки ГЛЖ. ВГД – 20/21 мм рт. ст. 1) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТУ ПРИСВОЕНА ____ ГРУППА ЗДОРОВЬЯ А) I Б) II В) IIIA Г) IIIB 2) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО А) провести краткое профилактическое консультирование по вопросу отказа от курения Б) назначить Каптоприл 25 мг при повышении АД В) назначить Амлодипин+Периндоприл 5+8 мг по 1 таблетке утром Г) назначить Розувастатин 10 мг по 1 таблетке вечером Д) направить на углубленное профилактическое консультирование в кабинет медицинской профилактики 3) В РАМКАХ 2 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТУ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ А) УЗИ брахиоцефальных артерий Б) УЗИ органов брюшной полости В) консультация врача-невролога Г) спирометрия Д) ректороманоскопия Е) ФГДС Ж) гликированный гемоглобин 4) По результатам 2 этапа диспансеризации: Ректороманоскопия: хронический внутренний геморрой 1 ст., вне обострения. УЗИ БЦА – атеросклероз сонных артерий. Гемодинамически значимых стенозов не выявлено (тах – 30%). Спирометрия: легкое нарушение бронхиальной проходимости. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 2 ЭТАПА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТУ ПОКАЗАНО А) консультация врача-пульмонолога Б) консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга В) колоноскопия Г) глюкоза крови – пересдать, при аналогичном результате – пероральный глюкозо-толерантный тест Д) КТ органов грудной клетки 5) ЦЕЛЕВЫМИ УРОВНЯМИ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА/ХОЛЕСТЕРИНА-ЛПНП ПРИ ОЧЕНЬ ВЫСОКОМ АБСОЛЮТНОМ СУММАРНОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОМ РИСКЕ ЯВЛЯЮТСЯ

	A) 5/2,5 Б) 4,5/2,5

	В) 4,0/1,4 Г) 4,0/1,8 Д) 3,0/1,7 3.Пациентка И., 22 года, обратилась к врачу общей практики для получения справки о возможности посещения спортивной секции, была направлена на прохождение профилактического медицинского осмотра. Профилактический медицинский осмотр проходит первый раз в жизни. 1)В РАМКАХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТЕ ПРЕДСТОИТ ПРОЙТИ А) анкетирование Б) антропометрия, измерение АД В) измерение ВГД Г) глюкоза, холестерин Д) ОАК Е) кал на скрытую кровь Ж) осмотр акушерки смотрового кабинета и взятие мазка на онкоцитологию З) ЭКГ И) флюорография 2)По результатам анкетирования выявлен фактор риска – нерациональное питание. ИМТ – 21,0. АД – 110/70 мм рт. ст. ВГД – 17/18 мм рт. ст. Глюкоза – 5,25 ммоль/л, холестерин 5,53 ммоль/л. ЭКГ, ЦФГ – норма. Риск по шкале SCORE – 1%. ГРУППОЙ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДАННОЙ ПАЦИЕНТКИ ЯВЛЯЕТСЯ А) I Б) II В) ША Г) ШБ 3) ДИАГНОЗ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА А) Терапевтически здорова Б) Гиперхолестеринемия. Нерациональное питание В) Избыточная масса тела. Нерациональное питание Г) Гипергликемия. Нерациональное питание 4) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ПАЦИЕНТКЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ А) краткое профилактическое консультирование по вопросам рационального питания Б) консультацию диетолога В) углубленное профилактическое консультирование Г) гиполипидемическую терапию в течение 3 месяцев 5) ПАЦИЕНТКА ИМЕЕТСЯ ПРАВО ПОВТОРНО ПРОЙТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ/ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР А) через 6 месяцев Б) в следующем календарном году В) через 2 года Г) через 3 года

	Д) через 5 лет
	<i>Задания открытого типа</i> 1. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям определяется при_____ <i>Эталон ответа:</i> наличии инфаркта миокарда и/или мозгового инсульта у

	близких
	родственников (матери или родных сестер в возрасте до 65 лет или у отца, родных братьев в возрасте до 55 лет. 2. Отягощенная наследственность по сахарному диабету – _____ <i>Эталон ответа:</i> наличие у близких родственников сахарного диабета в молодом или среднем возрасте. 3. Отягощенная наследственность по злокачественным новообразованиям ко- лоректальной области – _____ <i>Эталон ответа:</i> наличие злокачественных новообразований колоректальной об- ласти и (или) семейного аденоматоза у близких родственников в молодом или среднем возрасте или нескольких поколениях. 4. В соответствие с Порядком диспансерного наблюдения при осуществлении пер- вого в текущем году диспансерного приема проводится _____ <i>Эталон ответа:</i> профилактический медицинский осмотр 5. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения предусматривает дополнительное обследование граждан старших возрастных групп, направленное на выявление _____ <i>Эталон ответа:</i> гериатрических синдромов 6. Приоритетными группами граждан для проактивного приглашения на прохожде- ние <u>диспансеризации определенных групп взрослого населения</u> являются лица в рамках трудоспособного возраста _____ <i>Эталон ответа:</i> с 40 до 65 лет, которые в течение последних 2 лет не посещали медицинские организации, не проходили ПМО и Д 7. Каждый пациент по завершении диспансеризации должен быть проинфор- мирован участковым врачом о _____ <i>Эталон ответа:</i> выявленных заболеваниях и факторах риска 8. Понятие «высокий риск» по шкале score означает _____ <i>Эталон ответа:</i> риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 5% до 9% 9. Понятие «очень высокий риск» по шкале score означа- ет _____ <i>Эталон ответа:</i> риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет 10% и более 10. Понятие «умеренный риск» по шкале score означает _____ <i>Эталон ответа:</i> риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 1% до 5%

	Примерные ситуационные задачи Гражданин А, 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 общей практики 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 опреде-

ленных групп взрослого населения. 3. _____ Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной 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.		
а обследования (день, месяц, год):		
.О.: А-в		Пол: м
а рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 51
иклиника №1		Врач/фельдшер:
Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	Н е т
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	Н е т
1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	Н е т
1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	Н е т
1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	Н е т
1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	Н е т
1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	Н е т
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	Н е т
1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	Н е т
1.8. хроническое заболевание почек?	Да	Н е т
1.9. злокачественное новообразование?	Да	Н е т
Если «Да», то какое?		
1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	Н е т
Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	Н е т
Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	Н е т

	Был ли у Вас инсульт?		Да	Н е т
	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	Н е т
	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 ☐	Н е т
	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	Н е т
	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 мин (нужное подчеркнуть)			
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Н е т	

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, пройти 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?	20 в день	Сигарет
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 или 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 раза 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 раза в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна		3	бал

ла		
	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.
	2	Пациентка К., 50 лет обратилась к врачу общей практики 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 «пройдет само». Хронические заболевания отрицает. Не курит. Наследственность не отягощена. Длительно принимает оральные контрацептивы. Объективно: состояние удо-

влетворительное, 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

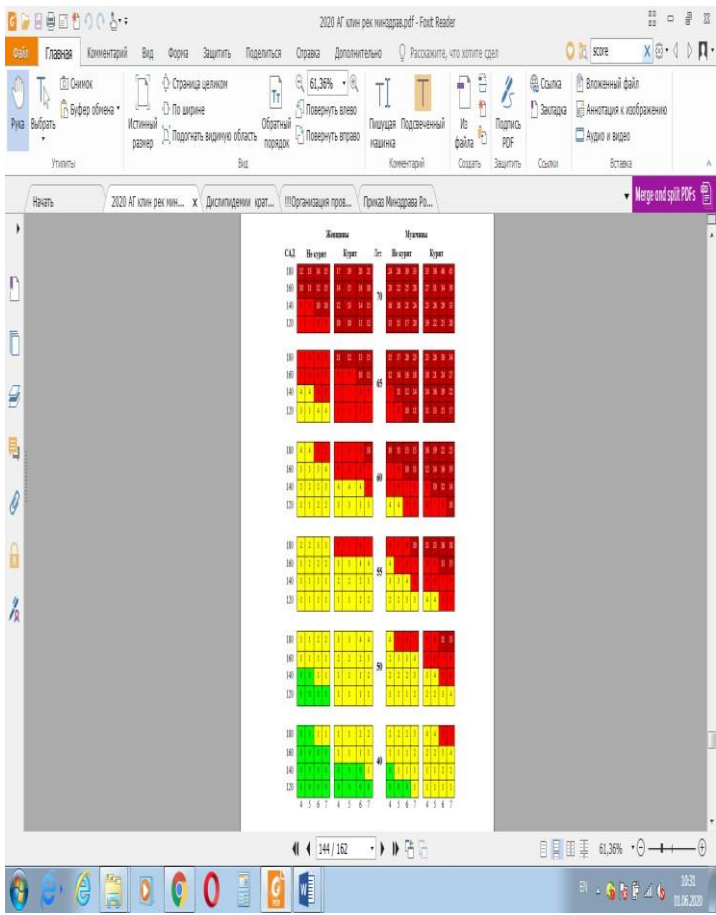
	мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Стул и диурез не изменены. 1) Предварительный диагноз; 2) Обоснование диагноза; 3) Определите факторы риска; 4) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента; 5) Тактика ведения пациента. 6) Диспансерное наблюдение пациента 3. Пациент 57 лет. Приглашен врачом общей практики на контрольную явку ДН. В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Объективно: АД - 160/87 мм. рт. ст. ОТ=106см. Рост -175см, вес-95кг. Общий холестерин - 6,4 ммоль/л, глюкоза - 6,7 ммоль/л. ФЛГ – без патологии. В рамках алгоритма ДН осуществите: 1) оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование; 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований; 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); 4) проведение краткого профилактического консультирования; 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление гражданина в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента). УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ <i>Ситуация</i> Женщина, 68 лет, приглашена на диспансеризацию определенных групп взрослого населения. <i>Жалобы</i> - ощущение сдавления в области шеи, иногда в области грудины, без иррадиации, без четкой связи с физической нагрузкой; - тошнота, изжога; - шум в ушах <i>Анамнез заболевания</i> В амбулаторной карте имеются данные за последние семь лет. Известно, что ранее за медицинской помощью обращалась редко. На диспансерном учете не состоит, 6 лет назад пациентка была консультирована кардиологом, но рекомендации по до-обследованию и лечению не выполняла. В течение месяца отмечает ухудшение самочувствия в связи с усилением чувства сдавления в области шеи, в области грудины, дискомфорт в эпигастриальной области. Эпизоды нестабильного АД с повышением до 170/90 мм рт.ст., снижается без препаратов самостоятельно или после приема каптоприла. <i>Анамнез жизни</i> Травм, операций не было. Туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает. Аллергологический анамнез: не переносит пенициллин. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность: неотягощена. Вредные привычки (алкоголь, курение) отрицает.

Объективный статус

На момент осмотра испытывает легкое головокружение, шум в ушах.

	Состояние удовлетворительное. Рост 152 см, вес 60 кг., окружность талии 64 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, с частотой 17 в мин, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. АД на правой руке 150/100 мм рт.ст. АД на левой руке 150/95 мм рт.ст., приняла утром каптоприл 25 мг под язык однократно. Пульс 75 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом, суховатый. Слизистая полости рта физиологической окраски, не изменена. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации умеренно чувствительный в эпигастральной области. Печень безболезненная при пальпации, размеры по Курлову 9 х 8 х 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Периферических отеков нет. Задания ЗАДАНИЕ № 1 В рамках проведения 1-го этапа диспансеризации пациентке показаны исследования: 1) общего анализа крови* 2) кала на скрытую кровь* 3) внутриглазного давления* 4) общего анализа мочи 5) липидного спектра крови				
	ЗАДАНИЕ № 2	В заключении по результатам интерпретации ответов на раз анкеты в рамках 1-го этапа диспансеризации у пациентки не димо отметить о наличии подозрения на:			
		5.	Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	☒ Да	
		6.	Возникла у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	☒ Да	
		11.	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	☒ Да	
		16.	Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?	Да	
		17.	Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	Да	
		18.	Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	Да	

		22.	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным в последнее время?	Да		
		24.	Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	Да		
		25.	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	Да		
	Количество верных ответов	2				
	Верный ответ 1	заболевание желудка				
	Верный ответ 2	цереброваскулярную болезнь				
	Дистрактор 1	снижение зрения				
	Дистрактор 2	саркопению				
	Дистрактор 3	стенокардию				
	ЗАДАНИЕ № 3	План осмотра пациентки врачом общей практики по результатам проведения 1-го этапа диспансеризации включает:				
	Количество верных ответов	3				
	Верный ответ 1	осмотр кожных покровов				
	Верный ответ 2	осмотр слизистых губ и ротовой полости,				
	Верный ответ 3	пальпацию щитовидной железы				
	Дистрактор 1	пальцевое исследование прямой кишки				
	Дистрактор 2	осмотр шейки матки				
	РАЗДЕЛ ДИАГНОЗ					
	ЗАДАНИЕ № 4	Предполагаемым диагнозом пациентки является				
	Количество верных ответов	1				

		Верный ответ	артериальная гипертония
		Дистрактор1	ишемическая болезнь сердца
	ЗАДАНИЕ № 5	Дистрактор 2	гипертрофическая кардиомиопатия
		Дистрактор 3	хроническая обструктивная болезнь лёгких
			Выполнен биохимический анализ крови. Результат: общий холестерин 7,45 ммоль/л, глюкоза крови 5, ммоль/л. Абсолютный сердечно-сосудистый риск SCORE у данного пациента превышает минимально возможный в _раз 
		Количество верных ответов	1
		Верный ответ 1	13
		Дистрактор1	9
		Дистрактор 2	7
		Дистрактор 3	18

		ЗАДАНИЕ № 6 При активном расспросе выявлено, что в течение последнего года пациентка отмечает усиление сдавления в области шеи, области грудины, иррадиирующие в эпигастральную область четкой связи с физической нагрузкой, появление тошноты, после еды, отрыжки пищей. При осмотре врач-терапевт выявил у пациентки увеличение видимой железы, при пальпации болезненность в эпигастр области.	
		С целью дообследования пациентку необходимо направить на инструментальные исследования:	
	Количество верных ответов	2	
	Верный ответ 1	эзофагогастродуоденоскопия	
	Верный ответ 2	УЗИ щитовидной железы (вне рамок диспансеризации)	
	Дистрактор 1	УЗИ щитовидной железы в рамках диспансеризации	
	Дистрактор 2	ультразвуковое исследование почек	
	Дистрактор 3	компьютерная томография головного мозга	
	ЗАДАНИЕ № 7	С целью дообследования в рамках 2 этапа диспансеризации пациентку необходимо направить на:	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	
	Дистрактор 1	рентгенографию челюстно-лицевой области	
	Дистрактор 2	электрокардиографию	
	Дистрактор 3	компьютерную томографию щитовидной железы	
	ЗАДАНИЕ № 8	По результатам дуплексного исследования брахиоцефальных артерий получено заключение: «Дистальный отдел плечеголовного ствола, проксимальные подключичных артерий, общие, наружные, внутренние позвоночные артерии визуализированы, проходимы. Комплексная-медиа сонных артерий неравномерно утолщен до 1, мм, преимущественно в области бифуркации общих сонных артерий».	
		Результаты данного исследования свидетельствуют о наличии	

	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	атеросклеротической бляшки	
	Дистрактор 1	незначительно повышенной толщине комплекса интима-мед	
	Дистрактор 2	умеренно повышенной толщине комплекса интима-медиа	
	Дистрактор 3	врождённой аномалии развития сонной артерии	
	ЗАДАНИЕ № 9	Группа здоровья пациентки	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	3а	
	Дистрактор 1	3б	
	Дистрактор 2	2	
	Дистрактор 3	1	
	РАЗДЕЛ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА		
	ЗАДАНИЕ № 10	С целью управления сердечно-сосудистым риском базисная ственная терапия данной пациентки включает принципы:	
	Количество верных ответов	3	
	Верный ответ 1	назначение комбинации ЛС (ингибитора ангиотензин-альдостероновой системы и антагониста кальция)	
	Верный ответ 2	постепенный подбор дозы с целью этапного снижения АД (пенчатой схемы)	
	Верный ответ 3	достижение целевого значения АД 130–139/70–79 мм.рт.ст переносимости	
	Дистрактор 1	назначение комбинации ингибитора ангиотензинпревращаю фермента (антагониста рецепторов ангиотензина II) и бета- ноблокатора	
	Дистрактор 2	достижение целевого значения АД 140–149/70–79 мм.рт.ст переносимости	
	Дистрактор 3	выбор для старта снижения АД средне-терапевтических	

		доз	
	ЗАДАНИЕ № 11	участковый врач обязан проинформировать пациентку о так действии в случае возникновения признаков ОНМК включа мероприятия:	
	Количество верных ответов	3	
	Верный ответ 1	срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи	
	Верный ответ 2	измерить артериальное давление, если САД превышает 220 ст. - принять препарат, снижающий артериальное давление, рый она принимала раньше.	
	Верный ответ 3	обеспечить приток свежего воздуха	
	Дистрактор 1	осуществить вызов врача-терапевта участкового	
	Дистрактор 2	записаться на прием к кардиологу	
	Дистрактор 3	измерить артериальное давление, если САД превышает 220 ст. – принять каптоприл, аспирин – по 1 таблетке и глицин 10 леток под язык	
	ЗАДАНИЕ № 12	В рамках диспансеризации пациентка направлена на консуль врача-невролога. Выявлены умеренные когнитивные наруш выражающиеся в снижении памяти, замедлении психических цессов, нарушении внимания, мышления, способности план вать и контролировать свои действия, выраженные вестибу жечковые расстройства, псевдобульбарный синдром, посту неустойчивость, апатия, эмоциональная лабильность, депре повышенная раздражительность. Результаты оценки неврологического статуса пациентки соо ствуют:	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	дисциркуляторной энцефалопатии II стадии (субкомпенсаци	
	Дистрактор1	дисциркуляторной энцефалопатии I стадии (начальных проя ний)	
	Дистрактор 2	дисциркуляторной энцефалопатии III стадии (декомпенсаци	
	Дистрактор 3	транзиторным нарушениям мозгового кровообращения (ТИ	

	ЗАДАНИЕ № 13	К критериям резистентной артериальной гипертензии относи недостижение целевого АД ниже 140 и/или 90 мм рт. ст. при вии	
	Количество верных ответов	3	
	Верный ответ 1	хорошей приверженности пациентов к лечению	
	Верный ответ 2	исключения симптоматической артериальной гипертензии	
	Верный ответ 3	назначения трех антигипертензивных препаратов (включая д тик) в оптимальных или максимально переносимых дозах	и
	Дистрактор 1	повышения АД (до 3 степени), которое ассоциируется с остр поражением органов-мишеней	
	Дистрактор 2	высокого или экстремального сердечно-сосудистого риска	
ОПК-9 Способен проводить анализ меди ко- статистической ин- формации, вести ме- дицинскую докумен- тацию и организовы- вать деятельность находящегося в рас- поряжении медицин- ского персонала	Примерные вопросы к экзамену (с №53 по №62 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Медицинская статистика, заболеваемость, инвалидность, смертность 2. Работа поликлиники. Госпитализация 3. Медицинское обслуживание сельского населения 4. Скорая и неотложная помощь 5. Методы изучения общественного здоровья 6. Механическое и естественное движение населения 7. Основные показатели рождаемости 8. Основные показатели смертности 9. Показатели младенческой смертности 10. Показатель материнской смертности		
	Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №53 по №62 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Методика анализа годового отчета объединенной больницы 2. Анализ работы поликлиники 3. Показатели эффективности диспансерного наблюдения 4. Статистические показатели заболеваемости, трудопотерь. Показатели госпитали- зации 5. Деятельность стационара. Использование коечного фонда стационара 6. Качество врачебной диагностики в поликлинике и стационаре 7. Количественные показатели (коэффициенты), характеризующие КМП по резуль- татам экспертизы и анкетирования 8. Анализ использования основных фондов лечебного учреждения 9. Показатели, рекомендуемые для проведения анализа экономической деятельности поликлиники 10. Обновление основных фондов. Анализ финансовых расходов учреждений здра- воохранения		

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа)

1 уровень:

1. В формировании общественного здоровья определяющую роль играют Природно- климатические факторы
*Уровень и образ жизни населения
Генетические факторы
Уровень, качество и доступность медицинской помощи
2. Для демографической ситуации в РФ характерно увеличение удельного веса лиц Состоящих в браке
Мужского пола
Детского
возраста
*Пожилого возраста
3. Для демографической ситуации в РФ характерно увеличение удельного веса лиц
Состоящих в браке
Мужского пола
Детского возраста
*Пожилого возраста
4. Абсолютную эффективность финансовой деятельности медицинской организа- ции характеризует:
Доход
*Рентабельнос
ть Прибыль
Выручка
5. Типом возрастной структуры населения российской федерации является
*Регрессивный
Статичный
Прогрессивный
Стационарный
6. Для расчета заболеваемости социально- значимыми заболеваниями необходимы данные о числе социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году, и
*среднегодовой численности населения
числе инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории
числе заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
числе заболеваний, выявленных впервые в жизни
7. Особенностью маркетинга в здравоохранении является удовлетворение спроса на медицинские услуги определение стоимости медицинских услуг изучение демографических процессов
*анализ потребности в медицинских услугах
8. обеспеченность
населения Врачебными
кадрами на 10000 Населения
оценивается по
Численности населения на врачебных участках
Заболеваемости
соотношению врачебного и среднего медицинского персонала

	*штатным должностям

	9. застрахованным в системе омс является *гражданин РФ юридическое лицо медицинская организация страховое учреждение 10 для расчёта показателя заболеваемости конкретным Заболеванием необходимы Данные о числе случаев конкретного заболевания и Числе лиц, прошедших медосмотр *среднегодовой численности населения Числе случаев заболеваний в предыдущие годы Численности трудоспособного населения 11. субъектами обязательного медицинского страхования Являются Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Медицинское учреждение, застрахованные лица, орган управления здравоохранени- ем *застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, орган управления здравоохранением, застрахованные лица, страховая организация орган управления здравоохранением, медицинское учреждение, застрахованные ли- ца, страховая организация 12. Симптом Мак-Берни при остром аппендиците характеризуется резким усилением болезненности при скользящем движении сверху вниз по направ- лению к правой подвздошной области *болезненной при пальпации точкой, находящейся посередине между пупком и пе- редней верхней остью подвздошной кости справа появлением боли в правом нижнем квадранте при поднятии разогнутой правой нижней конечности на левом боку появлением боли в правом нижнем квадранте при надавливании в левой половине живота 13. Выделения типа малинового желе из заднего прохода характерны для спастической кишечной непроходимости паралитической кишечной непроходимости *инвагинации заворота сигмовидной кишки 14. Целью проведения контроля качества медицинской помощи является *оценка качества выполнения медицинской услуги конкретному пациенту анализ случаев оказания медицинской помощи пациентам, имеющим полис обяза- тельного медицинского страхования (ОМС), выданный определенной страховой компанией проверка выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохране- ния и страховыми компаниями определение возможностей медицинского учреждения оказывать заявленные виды медицинской помощи 15. Для оценки качества поликлинической помощи можно использовать статистиче- ский показатель среднегодовой занятости койки *охвата диспансерным наблюдением работающего населения

	фертильности рождаемости

	16. Характеристикой качества медицинской помощи, к которой относится свобод- ный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, эконо- мических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров явля- ется удобство непрерывность *доступность Законность 17. К ведущему критерию общественного здоровья для практического здравоохра- нения относят *заболеваемость населения демографические показатели частоту инвалидности физическое развитие населения 18. Титульный лист медицинской карты пациента, получающего медицинскую по- мощь в амбулаторных условиях (форма №025/у), оформляется первично на приеме врача на дому *в регистратуре при проведении диспансеризации 19. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулатор- ных условиях (форма №025/у), оформляется в поликлинике на пациента *при первичном обращении Один раз в год Один раз в пять лет При каждом обращении 20. <u>Показатель общей заболеваемости характеризует</u> Изменения распространенности заболеваний во времени Удельный вес конкретного заболевания *Распространенность заболеваний среди населения Распространенность социально-значимых заболеваний 2 уровень Определите соответствие 1. 1)Первый дородовой патронаж выполняется 2) Второй дородовой патронаж к беременной женщине выполняется а) медсестрой и врачом б) медсестрой в) врачом Эталон ответа: 1-а, 2-а 2. 1)Первый дородовой патронаж проводят в сроки: 2)Второй дородовой патронаж проводят в сроки а) 10–12 дней с момента постановки беременной на учет б) через 1–2 месяца с момента постановки беременной на учет в) 32 недели беременности Эталон ответа: 1-а, 2-в 3. 1) Частота профилактических осмотров семейным врачом детей грудного возраста 2) Частота профилактических осмотров семейным врачом детей второго

	года жизни а) не реже одного раза в месяц б) ежеквартально в) два раза в год

	1-а; 2-б 3 уровень 1. Участковая медицинская сестра пришла в патронаж к новорожденному ребенку на 7 день жизни. Мама ребенка обратилась за советом. Вопросы 1. Как купать ребенка в периоде новорожденности? А) один раз в день обязательно с мылом Б) через день, т.к. ребенка каждый день подмывают с мылом В) один раз в день в слабом растворе марганца Г) один раз в день, используя мыло не чаще 1-2 раз в неделю* 2. Когда можно начинать гулять с ребенком? А) в летнее время можно выносить на прогулку сразу после выписки из род- дома, вначале на 20-40 мин, затем увеличивая время пребывания на свежем воздухе до 6-8 час в день* Б) зимой детей впервые выносят на улицу в возрасте 2-3 недели при темпера- туре воздуха не ниже -10 °С, начиная с 15-20 мин и постепенно доводя это время до 1,5-2 часа 2 раза в сутки* В) в летнее время можно выносить на прогулку сразу после выписки из род- дома на 6-8 час в день Г) зимой новорожденных детей не выгуливают 2. В поликлинике после ухода на заслуженный отдых на должность главной медсестры была назначена не имеющая опыта работы, никому незнакомя в коллективе выпускница факультета ВСО. Ранее дисциплинированный кол- лектив с приходом новичка стал трудно управляемым. Медсестры стали опаздывать на работу, не реагировать должным образом на замечания, игно- рировать решения и распоряжения или выполнять их "спустя рукава"; снизи- лась активность участия в общественных мероприятиях. Молодой специа- лист, оценив ситуацию, не стала применять меры наказания, а организовала собрание совета сестер и предложила активизировать работу совета: сов- местно составить план работы, назначить ответственных за определенные сектора работы, обозначить дни собраний для подведения итогов проведенной работы. Коллектив воспринял данное решение молодого специалиста положи- тельно. Наладилась дисциплина, взаимопонимание. 1) Какой принцип управления использовала главная медсестра? а. Планирование. б. Делегирование полномочий. в. Максимально широкого привлечения исполнителей в процессе подготовки решений. г. Состязатель- ность участников управления. д. Учет индивидуальных особенностей работ- ников. 2) Какой стиль управления проявился в данном случае А) авторитарный Б) либеральный В) демократичный 1в, 2в

	Задания открытого типа 1. В команду ВОП/СВ может входить _____ и _____ <i>Ответ:</i> медицинская сестра общей практики и фельдшер 2. Медицинская сестра общей практики подчиняется _____ и руководит работой _____ <i>Ответ:</i> ВОП/СВ; младшего медицинского персонала 3. Медицинская сестра, работающая с ВОП/СВ, должна быть аккредитована _____ <i>Ответ:</i> по специальности медицинская сестра общей практики 4. Медицинская сестра общей практики может осуществлять _____ приём пациентов с записью в _____ <i>Ответ:</i> доврачебный; амбулаторной карте 5. Медицинская сестра общей практики _____ амбулаторный приём ВОП/СВ, _____ индивидуальными картами амбулаторных больных, _____ приборы и инструменты <i>Ответ:</i> организует, обеспечивает, подготавливает 6. МСОП при оказании помощи при неотложных состояниях оказывает _____ помощь <i>Ответ:</i> доврачебную 7. Медицинская сестра общей практики выполняет профилактические прививки прикрепленному населению согласно _____ <i>Ответ:</i> национальному календарю профилактических прививок 8. Медицинская сестра общей практики оказывает помощь амбулаторно на приеме, на _____ и участвует в проведении _____ операций <i>Ответ:</i> на дому; амбулаторных 9. На приеме пациентов с проблемами глаз медицинская сестра общей практики в ходе доврачебного приема может самостоятельно определить _____ и измерить _____ <i>Ответ:</i> остроту зрения; внутриглазное давление 10. Медицинская сестра общей практики учитывает _____ <i>Ответ:</i> расход медикаментов, перевязочного материала, бланков специального учёта. Клинический кейс Примерный шаблон кейса: <table border="1"> <tr> <td>И</td><td>-</td><td>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</td></tr> <tr> <td>У</td><td>-</td><td>Опишите ситуацию по теме, заданной преподавателем</td></tr> <tr> <td>В</td><td>1</td><td>Выделите факторы риска, суммарный СС риск.</td></tr> <tr> <td>Э</td><td>-</td><td></td></tr> <tr> <td>В</td><td>2</td><td>Роль МСОП в организации приема данного пациента</td></tr> <tr> <td>Э</td><td>-</td><td></td></tr> </table>		И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	У	-	Опишите ситуацию по теме, заданной преподавателем	В	1	Выделите факторы риска, суммарный СС риск.	Э	-		В	2	Роль МСОП в организации приема данного пациента	Э	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ																		
У	-	Опишите ситуацию по теме, заданной преподавателем																		
В	1	Выделите факторы риска, суммарный СС риск.																		
Э	-																			
В	2	Роль МСОП в организации приема данного пациента																		
Э	-																			

	В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
	О	-	
	В	4	Целевые показатели факторов риска
	Э	-	
ПК-2 Способен оказывать первичную	Примерные вопросы к экзамену (с №63 по №72 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Пневмонии у взрослых в ОВП. Этиопатогенез. Классификация. Клинические и		

медико-санитарную помощь взрослым в общей врачебной практике	рентгенологические симптомы и признаки. Критерии постановки диагноза. Показания к госпитализации. Рекомендации по лечению амбулаторных пациентов. 2. Бронхиальная астма в ОВП. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления и осложнения. Диагностика. Базисная терапия. Диспансерное наблюдение. 3. Хронические обструктивные заболевания легких в ОВП. Определение понятия. Классификация. Особенности клинической картины. Степени тяжести. Принципы лечения. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика. 4. Острая ревматическая лихорадка в ОВП: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика первичная и вторичная. Диспансерное наблюдение. 5. Кислотозависимые заболевания в ОВП. Язвенная болезнь желудка и 12 - перстной кишки. Особенности патогенеза и клиники при язвах различной локализации. Классификация. Диагностика. Организация лечения в ОВП. Диспансерное наблюдение. Профилактика. 6. Кислотозависимые заболевания в ОВП. ГЭРБ. Классификация. Диагностика. Организация лечения в ОВП. Диспансерное наблюдение. Профилактика. 7. Синдром раздраженной толстой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения. 8. Ишемическая болезнь сердца. Факторы риска. Классификация. Принципы диагностики. Стабильная стенокардия. Организация лечения в ОВП. 9. ИБС: Инфаркт миокарда. Факторы риска. Клинические варианты (типичные и атипичные). Диагностика. ЭКГ- критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение по стадиям. Реабилитация больных. 10. Артериальная гипертензия в ОВП. Факторы риска. Современная классификация. Диагностика. Организация лечения и профилактики в ОВП. Диспансеризация. Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №63 по №71 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Гипертонический криз. Классификация. Диагностика и организация лечения и профилактики в ОВП. 2. Диагностика и неотложные мероприятия при шоке и коллапсе в ОВП. 3. Подагра в ОВП. Этиология. Клиника. Диагностика. Организация лечения ВОП. Классификация. 4. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Организация лечения в ОВП. Профилактика. 5. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Основные принципы лечения. 6. Инфекции мочевых путей. Классификация. Острый и хронический пиелонефрит. Принципы лечения ВОП. 7. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме. 8. Остеоартроз. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП. 9. Ревматоидный артрит в ОВП. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП. Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) 1 уровень: добавить заданий, д.б. не менее 20 1. Порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации взрослого населения предусматривает дополнительное обследование граждан старших возрастных групп, направленное на выявление и профилактику 1. гериатрических синдромов* 2. потребности в социальном работнике

	3. консультации психолога

	4. льготном лекарственном обеспечении 2. Действующий Порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации предусматривает прохождение диспансеризации взрослого населения для граждан России: 1. любого возраста 2. от 40 до 75 лет 3. от 39 лет и старше 4. от 40 лет и старше* 3. Профилактический медицинский осмотр проводится: 1. ежегодно в рамках диспансеризации* 2. непосредственно перед проведением вакцинации 3. каждый раз при приеме гражданина на работу 4. в рамках 3-го этапа реабилитации пациента 4. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения предусматривает дополнительное обследование граждан старших возрастных групп, направленное на выявление возраст-ассоциированных патологических состояний с возраста 1. 65+* 2. 75+ 5. Потеря сознания при внезапном прекращении кровообращения в головном мозге наступает через A. 7—10 сек.* B. 15—30 сек. B. 30—45 сек. Г. минуту 6. В реаниматологии существует термин — “смерть мозга” (синонимы - запредельная мозговая кома, респираторный мозг и пр.) Появление и существование данного термина оправдано практической необходимостью, т.к. правильная диагностика степени поражения мозга определяет соответствующую направленность реанимационной тактики. Необратимые поражения мозговой ткани понимаются как “смерть мозга” в масштабе необратимого поражения A. коры головного мозга; B. всех отделов головного мозга, исключая ствол B. всех отделов головного мозга, включая ствол Г. всех отделов головного, включая ствол, а также первых двух шейных сегментов спинного мозга* 7. При внезапном прекращении кровообращения в организме "асистолии"-развивается целый ряд симптомов, характеризующих процесс умирания — расширяются зрачки, появляются судороги поперечно-полосатых мышц, выключается сознание. Установлено, что перечисленные симптомы развиваются в определенной последовательности. Выберите вариант последовательности, с Вашей точки зрения, являющийся наиболее типичным A. Выключение сознания, появление судорог, расширение зрачков* B. Расширение зрачков, выключение сознания, появление судорог B. Выключение сознания, расширение зрачков, появление судорог Г. Появление судорог, расширение зрачков, выключение сознания 8. Определение рефракции A. защитная способность глаза B. оптическая возможность B. бинокулярное зрение Г. преломляющая способность глаза*

	9. Назовите ведущие симптомы заболеваний орбиты А. светобоязнь, слезотечение, блефароспазм Б. гнойное отделяемое, гиперемия

	В. экзофтальм, смещение глазного яблока, нарушение подвижности* Г. выпадение ресниц, рубцы 10. Ячмень – это воспаление А. мейбомиевых желез Б. волосяного мешочка В. сальной железы* Г. потовой железы 11. Основные клинические проявления склерита А. очаг красно-фиолетового цвета между лимбом и экватором* Б. инфильтраты в области лимба В. темное пятно на склере Г. расширение сосудов склеры 12. Основные клинические признаки, характерные для глаукомы А. боль, гиперемия, мидриаз Б. снижение остроты зрения, повышение ВГД, гиперемия В. понижение ВГД, мидриаз, гиперемия Г. повышение ВГД, атрофия зрительного нерва, снижение остроты зрения* Д. боль, снижение остроты зрения, гиперемия 13. Какой уровень ВГД в норме А. 15-20 мм рт. ст. Б. 26-32 мм рт. ст. В. 18-25 мм рт. ст.* Г. 26 и выше 14. Неотложная помощь при остром приступе глаукомы заключается в применении А. мочегонных средств, миотиков, анальгетиков* Б. диуретиков, антибиотиков В. мочегонных средств, мидриатиков, анальгетиков Г. отвлекающей терапии, слабительных средств 15. В режиме SMART при лечении бронхиальной астмы используется а. флутиказон/салметерол 250/25 мкг б. флутиказон/салметерол 125/25 мкг с. будесонид/формотерол 320/9 мкг д. будесонид/формотерол 160/4,5 мкг* 16. К предикторам высокого риска обострений астмы относится а. снижение ОФВ1 < 80% б. отсутствие использования фиксированных комбинаций ИГКС/ДДБА в плановой терапии с. отсутствие использования ИГКС в плановой терапии* д. использование комбинации из трёх и более лекарственных препаратов в плановой терапии для достижения контролируемости астмы 17. К предикторам высокого риска ХОБЛ относится а. количество обострений ХОБЛ > 2 раз за прошедший год* б. соотношение ОФВ1/ФЖЕЛ > 0,7 с. снижение ОФВ1 < 80%

d. сочетание Б А и ХОБЛ

18. При оценке уровня контроля симптомов бронхиальной астмы за последние 4 недели используются следующие показатели

	a. частота дневных и ночных симптомов астмы + частота использования ин-галяторов экстренной помощи» + частота ограничений активности, связанных с БА + величина ОФВ1 b. частота дневных и ночных симптомов астмы + частота использования ин-галяторов экстренной помощи» + частота ограничений активности, связанных с БА + пиковая скорость выдоха c. частота дневных и ночных симптомов астмы + частота использования ин-галяторов экстренной помощи» + частота ограничений активности, связанных с БА + ОФВ1/ФЖЕЛ d. частота дневных и ночных симптомов астмы + частота использования ин-галяторов экстренной помощи» + частота ограничений активности, связанных с БА* 19. Пациентам артериальной гипертензией в сочетании с подагрой не рекомендуется назначать: 1) ингибиторы АПФ; 2) тиазидовые мочегонные; 3) бета-адреноблокаторы; 4) антагонисты кальция дигидропиридинового ряда; 5) антагонисты кальция недигидропиридинового ряда. 20. Исследования, которые должен проводить ВОП в группах риска для ранней диагностики хронической болезни почек 1) исследование мочи с помощью тест полосок на наличие микроальбуминурии 1 раз в мес; 2) определение в сыворотке крови уровня креатинина с расчетом скорости клубочковой фильтрации 1 раз в год; 3) исследование мочи с помощью тест полосок на наличие микроальбуминурии 1 раз в год; 4) тест на микроальбуминурию + расчет скорости клубочковой фильтрации 1 раз в год*; 5) анализ мочи по Зимницкому 1 раз в 6 мес. 2 уровень: 1. Роль имплантированного кардиовертера-дефибриллятора в уменьшении риска внезапной смерти (ВС) в различных группах больных. <table> <tr> <td>I. Риск ВС снижается</td><td>A. Больные с фракцией выброса</td></tr> <tr> <td>лев</td><td>желудочка</td></tr> <tr> <td>II. Нет доказательств</td><td>менее 36% и пароксизмами</td></tr> <tr> <td>пользы</td><td>желудочко тахи-кардии (ЖТ)</td></tr> <tr> <td></td><td>B. Больные с фракцией выброса менее 40% и ЖТ,</td></tr> <tr> <td></td><td>спровоцированной</td></tr> <tr> <td></td><td>электрокардиографии</td></tr> <tr> <td></td><td>В. У больных с наличием поздних</td></tr> <tr> <td></td><td>потенциалов</td></tr> </table> 2. Возможные причины возникновения стенокардии напряжения <table> <tr> <td>I. Сужение просвета крупной ветви коронарных артерий (далее - КА)</td><td>A. Дилатационная кардиомиопатия, неинфекционный миокардит</td></tr> <tr> <td></td><td>B. Гипертрофическая кардиомиопатия</td></tr> <tr> <td>II. Клапанные пороки сердца</td><td>B. Стеноз устья аорты</td></tr> <tr> <td></td><td>Г. Атеросклеротическое сужение</td></tr> </table>	I. Риск ВС снижается	A. Больные с фракцией выброса	лев	желудочка	II. Нет доказательств	менее 36% и пароксизмами	пользы	желудочко тахи-кардии (ЖТ)		B. Больные с фракцией выброса менее 40% и ЖТ,		спровоцированной		электрокардиографии		В. У больных с наличием поздних		потенциалов	I. Сужение просвета крупной ветви коронарных артерий (далее - КА)	A. Дилатационная кардиомиопатия, неинфекционный миокардит		B. Гипертрофическая кардиомиопатия	II. Клапанные пороки сердца	B. Стеноз устья аорты		Г. Атеросклеротическое сужение
I. Риск ВС снижается	A. Больные с фракцией выброса																										
лев	желудочка																										
II. Нет доказательств	менее 36% и пароксизмами																										
пользы	желудочко тахи-кардии (ЖТ)																										
	B. Больные с фракцией выброса менее 40% и ЖТ,																										
	спровоцированной																										
	электрокардиографии																										
	В. У больных с наличием поздних																										
	потенциалов																										
I. Сужение просвета крупной ветви коронарных артерий (далее - КА)	A. Дилатационная кардиомиопатия, неинфекционный миокардит																										
	B. Гипертрофическая кардиомиопатия																										
II. Клапанные пороки сердца	B. Стеноз устья аорты																										
	Г. Атеросклеротическое сужение																										

	III. Заболевания миокарда IV. Другие сердечно-сосудистые заболевания Клевания бающей КА на 70% Д. Высокая артериальная гипертония Е. Стеноз передней нисходящей 50%

	Ж. Недостаточность митрального 3. Факторы или заболевания, увеличивающие пред- или постнагрузку левого желудочка. <table border="0"> <tr> <td>I. Преднагрузка увеличивается</td><td>А. Стеноз устья аорты</td></tr> <tr> <td>II. Постнагрузка увеличивается</td><td>Б. Артериальная гипертензия</td></tr> <tr> <td></td><td>В. Коарктация аорты</td></tr> <tr> <td></td><td>Г. Недостаточность аортального клапана</td></tr> <tr> <td></td><td>Д. Гиповолемия</td></tr> <tr> <td></td><td>Е. Недостаточность митрального клапана</td></tr> </table> 3 уровень: 1. Больная Е., 50 лет, обратилась к ВОП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день. Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации головное дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено. Задание 1. Сформулируйте предварительный диагноз А) острый бронхит Б) внебольничная пневмония* Г) экссудативный плеврит Д) ателектаз легкого Задание 2. Определите тактику ведения пациентки (выберите все правильные ответы) А) Проведение рентгенографии легких в 2 проекциях* Б) Госпитализация пациентки в стационар* В) Назначение антибактериальной терапии амбулаторно (не позднее 4 часов от постановки диагноза)* Г) Парентеральное введение антибактериальных препаратов в амбулаторных условиях Эталон ответа: 1Б, 2А,Б,В 2. Больной К., 28 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на повышение температуры по вечерам до 37,3°C, ночные поты, упорный сухой кашель, общую слабость, плохой аппетит. Болен в течение 2-х месяцев. Был контакт по туберкулезу по месту работы. Объективно: температура - 37°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. При перкуссии грудной клетки справа в области 2-3 межреберья определяется притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание в этой области с бронхиальным оттенком, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 94 в мин. АД 115/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.	I. Преднагрузка увеличивается	А. Стеноз устья аорты	II. Постнагрузка увеличивается	Б. Артериальная гипертензия		В. Коарктация аорты		Г. Недостаточность аортального клапана		Д. Гиповолемия		Е. Недостаточность митрального клапана
I. Преднагрузка увеличивается	А. Стеноз устья аорты												
II. Постнагрузка увеличивается	Б. Артериальная гипертензия												
	В. Коарктация аорты												
	Г. Недостаточность аортального клапана												
	Д. Гиповолемия												
	Е. Недостаточность митрального клапана												

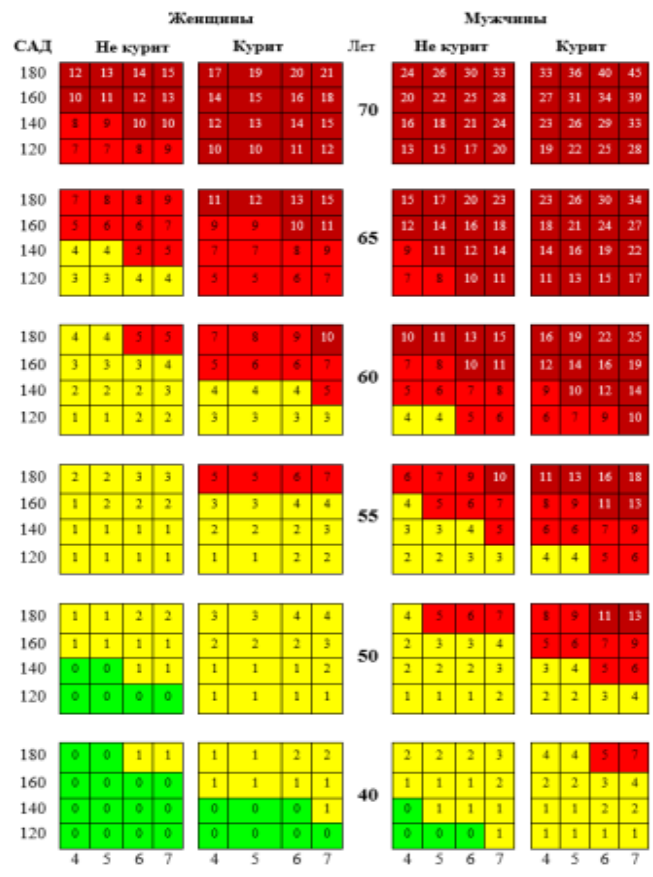
	В) Интерстициальное поражение легких Г) Экссудативный плеврит 2. Назовите необходимые дополнительные исследования. А) Общий анализ крови* Б) Общий анализ мочи* В) Обзорная рентгенограмма в 2 проекциях* Г) Компьютерная томография легких Д) Общий анализ мокроты*
	Тестовые задания открытого типа 1. Дополните фразу: «Гипертонический криз _____» Ответ: состояние, вызванное значительным повышением артериального давления, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко жизнеугрожающим, требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД. 2. Оценка риска с помощью шкалы SCORE-2 рекомендуется у _____ Ответ: бессимптомных взрослых старше 40 лет без сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, хронической болезни почек или семейной гиперхолестеринемии. 3. Шкала SCORE-2 учитывает _____ Ответ: возраст, пол, курение, уровень систолического артериального давления и общий холестерин. 4. Шкала SCORE2-OP используется для _____ с целью _____ Ответ: для практически здоровых людей в возрасте ≥ 70 лет; оценки риска 5-летних и 10-летних смертельных и несмертельных сердечно-сосудистых событий 5. Мужчина 60 лет. Наблюдается по поводу ХОБЛ у врача-терапевта участкового. Курит 45 лет по пачке в день. Общий холестерин – 5,9 ммоль/л. Проведена оценка абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска смерти от фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний на 10 лет – 17% 1. Определите категорию сердечно-сосудистого риска. 2. Определите группу здоровья 3. Целевой уровень ХС-ЛПНП Эталон ответов: 1. Ответ на первый вопрос – очень высокий 2. Ответ на второй вопрос - 3А 3. Ответ на третий вопрос - менее 1,4 ммоль/л и снижение более 50% от исходного 6. Женщина 46 лет. Прошла диспансеризацию в поликлинике по месту жительства. Общий холестерин – 8,5 ммоль/л. Хронических заболеваний не имеет 1. Определите категорию сердечно-сосудистого риска. 2. Определите группу здоровья 3. Целевой уровень ХС-ЛПНП Эталон ответов: 1. Ответ на первый вопрос – высокий 2. Ответ на второй вопрос - 2 3. Ответ на третий вопрос - менее 1,8 ммоль/л и снижение более 50% от исходного

7. Пациентка 67 лет. Состоит на учете у врача-терапевта участкового по по-

	воду сахарного диабета 2 типа. Имеется поражение органов-мишеней 1. Определите категорию сердечно-сосудистого риска. 2. Определите группу здоровья 3. Целевой уровень ХС-ЛПНП Эталон ответов: 1. Ответ на первый вопрос – очень высокий 2. Ответ на второй вопрос – 3А 3. Ответ на третий вопрос - менее 1,4 ммоль/л и снижение более 50% от исходного 8. В результате диспансеризации у пациента выявлено хроническое заболевание – ХОБЛ средней степени тяжести с выраженными симптомами 1. В какие сроки пациент должен быть взят на диспансерный учет? 2. Какую бронходилатационную терапию он должен получать? 3. Имеются ли показания для назначения ИГКС? Эталон ответов: 1. Ответ на первый вопрос – 3 рабочих дня 2. Ответ на второй вопрос – двойную бронходилатационную терапию (комбинацию бронходилататоров длительного действия) 3. Ответ на третий вопрос - нет 9. Проведена диспансеризация пациента 77 лет. На вопрос «Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?» пациент ответил положительно. 1. Назовите к какому специалисту он должен быть направлен. 2. Какое обследование необходимо пройти пациенту в рамках 2-го этапа диспансеризации 3. О чем врач-терапевт должен информировать пациента Эталон ответов: 1. Ответ на первый вопрос – к врачу неврологу 2. Ответ на второй вопрос – дуплексное сканирование БЦА 3. Ответ на третий вопрос – о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи 10. Проведена диспансеризация пациента 65 лет. На вопрос «Возникла у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?» пациент ответил положительно. 1. Назовите к какому специалисту он должен быть направлен. 2. Какое обследование необходимо пройти пациенту в рамках 2-го этапа диспансеризации 3. О чем врач-терапевт должен информировать пациента Эталон ответов: 1. Ответ на первый вопрос – к врачу неврологу 2. Ответ на второй вопрос – дуплексное сканирование БЦА 3. Ответ на третий вопрос – о высоком риске развития инсульта, о характерных проявлениях инсульта и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи

	Примерные ситуационные задачи Задача 1 УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ <i>Ситуация</i>	
	Женщина, 68 лет, приглашена на диспансеризацию определенных групп взрослого населения. <i>Жалобы</i> - ощущение сдавления в области шеи, иногда в области грудины, без иррадиации, без четкой связи с физической нагрузкой; - тошнота, изжога; - шум в ушах <i>Анамнез заболевания</i> В амбулаторной карте имеются данные за последние семь лет. Известно, что ранее за медицинской помощью обращалась редко. На диспансерном учете не состоит, 6 лет назад пациентка была консультирована кардиологом, но рекомендации по дообследованию и лечению не выполняла. В течение месяца отмечает ухудшение самочувствия в связи с усилением чувства сдавления в области шеи, в области грудины, дискомфорт в эпигастральной области. Эпизоды нестабильного АД с повышением до 170/90 мм рт.ст., снижается без препаратов самостоятельно или после приема каптоприла. <i>Анамнез жизни</i> Травм, операций не было. Туберкулёз, венерические заболевания, гепатит отрицает. Аллергологический анамнез: не переносит пенициллин. Гемотрансфузии в анамнезе отсутствуют. Наследственность: не отягощена. Вредные привычки (алкоголь, курение) отрицает. <i>Объективный статус</i> На момент осмотра испытывает легкое головокружение, шум в ушах. Состояние удовлетворительное. Рост 152 см, вес 60 кг., окружность талии 64 см. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких везикулярное дыхание, с частотой 17 в мин, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумы не выслушиваются. АД на правой руке 150/100 мм рт.ст. АД на левой руке 150/95 мм рт.ст., приняла утром каптоприл 25 мг под язык однократно. Пульс 75 в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Язык обложен белым налетом, суховатый. Слизистая полости рта физиологической окраски, не изменена. Живот нормальной формы, мягкий, при пальпации умеренно чувствительный в эпигастральной области. Печень безболезненная при пальпации, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул не нарушен. Мочеиспускание нормальное. Периферических отеков нет. Задания ЗАДАНИЕ № 1 В рамках проведения 1-го этапа диспансеризации пациентке показаны исследования: 1) общего анализа крови* 2) кала на скрытую кровь* 3) внутриглазного давления* 4) общего анализа мочи 5) липидного спектра крови	
	ЗАДАНИЕ № 2	В заключении по результатам интерпретации ответов на раз анкеты в рамках 1-го этапа диспансеризации у пациентки н димо отметить о наличии подозрения на:

		Возникало ли у Вас внезапное без понятных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка? Возникла у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	☒ Да ☒ Да	
		Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	☒ Да	
		Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сы-рых овощей и фруктов?	Да	
		Употребляете ли Вы белковую пищу (мясо, рыбу, бобовые, молочные продукты) 3 раза или более в неделю?	Да	
		Тратите ли Вы ежедневно на ходьбу, утреннюю гимнастику и другие физические упражнения 30 минут и более?	Да	
		Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встре-воженным в последнее время?	☒ Да	
		Испытываете ли Вы затруднения при перемещении по дому, улице (ходьба на 100 м), подъем на 1 лестничный пролет?	Да	
		Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентаци-ей или способностью планировать?	☒ Да	
	Количество верных ответов	2		
	Верный ответ 1	заболевание желудка		
	Верный ответ 2	цереброваскулярную болезнь		
	Дистрактор 1	снижение зрения		
	Дистрактор 2	саркопению		
	Дистрактор 3	стенокардию		
	ЗАДАНИЕ № 3	План осмотра пациентки врачом общей практики по резуль проведения 1-го этапа диспансеризации включает:		
	Количество верных ответов	3		
	Верный ответ 1	осмотр кожных покровов		
	Верный ответ 2	осмотр слизистых губ и ротовой полости,		
	Верный ответ 3	пальпацию щитовидной железы		
Дистрактор 1	пальцевое исследование прямой кишки			
Дистрактор 2	осмотр шейки матки			
РАЗДЕЛ ДИАГНОЗ				
ЗАДАНИЕ № 4	Предполагаемым диагнозом пациентки является			

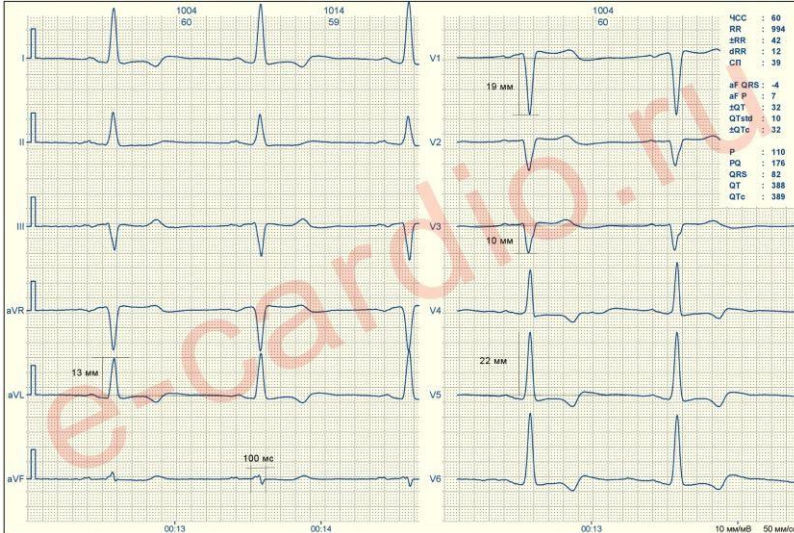
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	артериальная гипертония
	Дистрактор1	ишемическая болезнь сердца
	Дистрактор 2	гипертрофическая кардиомиопатия
	Дистрактор 3	хроническая обструктивная болезнь лёгких
		Выполнен биохимический анализ крови. Результат: общий холестерин 7,45 ммоль/л, глюкоза крови 5, ммоль/л. Абсолютный сердечно-сосудистый риск SCORE у данного пациента превышает минимально возможный в _раз
	ЗАДАНИЕ № 5	 The chart displays the SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) for women and men, categorized by age (40, 50, 60, 70) and smoking status (Non-smoker, Smoker). The risk levels are indicated by numbers 1-10, with colors representing the risk level: green (low), yellow (moderate), and red (high).
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ 1	13
	Дистрактор1	9
	Дистрактор 2	7
	Дистрактор 3	18

		ЗАДАНИЕ № 6 При активном расспросе выявлено, что в течение последнего года пациентка отмечает усиление сдавления в области шеи, области грудины, иррадиирующие в эпигастральную область четкой связи с физической нагрузкой, появление тошноты, после еды, отрыжки пищей. При осмотре врач-терапевт выявил у пациентки увеличение видной железы, при пальпации болезненность в эпигастрической области.	
		С целью дообследования пациентку необходимо направить на инструментальные исследования:	
	Количество верных ответов	2	
	Верный ответ 1	эзофагогастродуоденоскопия	
	Верный ответ 2	УЗИ щитовидной железы (вне рамок диспансеризации)	
	Дистрактор 1	УЗИ щитовидной железы в рамках диспансеризации	
	Дистрактор 2	ультразвуковое исследование почек	
	Дистрактор 3	компьютерная томография головного мозга	
	ЗАДАНИЕ № 7	С целью дообследования в рамках 2 этапа диспансеризации пациентку необходимо направить на:	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий	
	Дистрактор 1	рентгенографию челюстно-лицевой области	
	Дистрактор 2	электрокардиографию	
	Дистрактор 3	компьютерную томографию щитовидной железы	
	ЗАДАНИЕ № 8	По результатам дуплексного исследования брахиоцефальных артерий получено заключение: «Дистальный отдел плечеголовного ствола, проксимальные подключичных артерий, общие, наружные, внутренние позвоночные артерии визуализированы, проходимы. Комплексная медиа сонных артерий неравномерно утолщен до 1,5 мм, преимущественно в области бифуркации общих сонных артерий».	
		Результаты данного исследования свидетельствуют о наличии	

	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	атеросклеротической бляшки	
	Дистрактор 1	незначительно повышенной толщине комплекса интима-мед	
	Дистрактор 2	умеренно повышенной толщине комплекса интима-медиа	
	Дистрактор 3	врождённой аномалии развития сонной артерии	
	ЗАДАНИЕ № 9	Группа здоровья пациентки	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	3а	
	Дистрактор 1	3б	
	Дистрактор 2	2	
	Дистрактор 3	1	
	РАЗДЕЛ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА		
	ЗАДАНИЕ № 10	С целью управления сердечно-сосудистым риском базисная ственная терапия данной пациентки включает принципы:	
	Количество верных ответов	3	
	Верный ответ 1	назначение комбинации ЛС (ингибитора ангиотензин-альдостероновой системы и антагониста кальция)	
	Верный ответ 2	постепенный подбор дозы с целью этапного снижения АД (пенчатой схемы)	
	Верный ответ 3	достижение целевого значения АД 130–139/70–79 мм.рт.ст переносимости	
	Дистрактор 1	назначение комбинации ингибитора ангиотензинпревращаю фермента (антагониста рецепторов ангиотензина II) и бета- ноблокатора	
	Дистрактор 2	достижение целевого значения АД 140–149/70–79 мм.рт.ст переносимости	
	Дистрактор 3	выбор для старта снижения АД средне-терапевтических	

		доз	
	ЗАДАНИЕ № 11	участковый врач обязан проинформировать пациентку о так действии в случае возникновения признаков ОНМК включа мероприятия:	
	Количество верных ответов	3	
	Верный ответ 1	срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи	
	Верный ответ 2	измерить артериальное давление, если САД превышает 220 ст. - принять препарат, снижающий артериальное давление, рый она принимала раньше.	
	Верный ответ 3	обеспечить приток свежего воздуха	
	Дистрактор 1	осуществить вызов врача-терапевта участкового	
	Дистрактор 2	записаться на прием к кардиологу	
	Дистрактор 3	измерить артериальное давление, если САД превышает 220 ст. – принять каптоприл, аспирин – по 1 таблетке и глицин 10 леток под язык	
	ЗАДАНИЕ № 12	В рамках диспансеризации пациентка направлена на консуль врача-невролога. Выявлены умеренные когнитивные наруш выражающиеся в снижении памяти, замедлении психических цессов, нарушении внимания, мышления, способности план вать и контролировать свои действия, выраженные вестибу жечковые расстройства, псевдобульбарный синдром, посту неустойчивость, апатия, эмоциональная лабильность, депре повышенная раздражительность. Результаты оценки неврологического статуса пациентки соо ствуют:	
	Количество верных ответов	1	
	Верный ответ	дисциркуляторной энцефалопатии II стадии (субкомпенсаци	
	Дистрактор1	дисциркуляторной энцефалопатии I стадии (начальных проя ний)	
	Дистрактор 2	дисциркуляторной энцефалопатии III стадии (декомпенсаци	
	Дистрактор 3	транзиторным нарушениям мозгового кровообращения (ТИ	

	ЗАДАНИЕ № 13	К критериям резистентной артериальной гипертензии относи недостижение целевого АД ниже 140 и/или 90 мм рт. ст. при вии
	Количество верных ответов	3
	Верный ответ 1	хорошей приверженности пациентов к лечению
	Верный ответ 2	исключения симптоматической артериальной гипертензии
	Верный ответ 3	назначения трех антигипертензивных препаратов (включая д тик) в оптимальных или максимально переносимых дозах
	Дистрактор 1	повышения АД (до 3 степени), которое ассоциируется с остр поражением органов-мишеней
	Дистрактор 2	высокого или экстремального сердечно-сосудистого риска
Задача 2 УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ Ситуация		
	Женщина, 69 лет, на приеме у врача-терапевта участкового.	
	Жалобы	
	на повышение артериального давления, головную боль, умеренную сухость во рту покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в сов. При активном расспросе отмечает нарушение зрения в последнее время.	
	Анамнез заболевания	
	Указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гип болезнью, АД по дневнику колеблется в пределах 150–190/90–110 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Назначено лечение: эналаприл (20 мг/сут), метопролол (100 мг/сут), ацетилсалици (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1 последние три месяца препараты принимает нерегулярно. Контрольные явки диспансерного наблюдения посещает нерегулярно.	
	Задача 2 Анамнез жизни	
	У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страда ческой болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. менности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг. Перенесла холецистэктомию (в 45 лет). Ранее наблюдалась в другой поликлинике.	
	Объективный статус	
	Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфатические у чены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны глушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/100 мм.рт.ст. Живот мягк ненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице от с обеих сторон. Периферических отёков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохр диурез не нарушены. Прошла флюорографию: легочные поля без патологических теней; легочный рису усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сер увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.	

РАЗДЕЛ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ	
ЗАДАНИЕ № 1	Необходимыми лабораторными методами исследования в рамках контрольной явки диспансерного наблюдения данной пациентки являются:
Количество верных ответов	4
Верный ответ 1	общий анализ периферической крови
Верный ответ 2	общий анализ мочи, анализ на альбуминурию
Верный ответ 3	глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин (HBA1c).
Верный ответ 4	Биохимический анализ крови (липидограмма, билирубин, трансаминазы, креатинин, калий, натрий)
Дистрактор 1	C-реактивный белок, антистрептолизин-O, протромбин, МНО, АЧТВ, время свёртывания крови
Дистрактор 2	концентрация N-терминального про-мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) в плазме крови
ЗАДАНИЕ № 2	Пациентке проведена регистрация ЭКГ:  1. Индекс Соколова-Лайона (ИСЛ) = SV1 (19 мм) + RV5 (22 мм) = 41 мм 2. Корнельский показатель = RaVL(13 мм) + SV3 (10 мм) = 23мм 3. Смещение переходной зоны — RV4 < RV5 < RV6. 4. Систолическая перегрузка — депрессия ST в V5 и V6 и двухфазные, преимущественно отрицательные, Т. Результаты ЭКГ свидетельствуют о наличии:
Количество верных ответов	2

	Верный ответ 1	гипертрофии миокарда левого желудочка
	Верный ответ 2	нарушении процессов реполяризации
	Дистрактор 1	дилатации левого желудочка
	Дистрактор 2	острого коронарного синдрома
	Дистрактор 3	блокады левой ножки пучка Гиса
	РАЗДЕЛ ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА	
	ЗАДАНИЕ № 3	Дополнительно выявлено, что 5 лет назад пациентка перенесла инфаркт миокарда. С учётом этого обстоятельства диагноз будет сформулирован следующим образом: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от...) Гипертоническая болезнь _____ стадии, _____ уровень контроля, риск _____.
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	III, неконтролируемая, 4 (очень высокий)
	Дистрактор 1	III, неконтролируемая, 3 (высокий)
	Дистрактор 2	II, частично контролируемая, 4 (очень высокий)
	Дистрактор 3	II, контролируемая, 4 (очень высокий)
	Дистрактор 3	II, частично контролируемая 3 (высокий)
	ЗАДАНИЕ № 4	Пациентке осуществлен скрининг по опроснику «Возраст не помеха» с результатом = 6 баллов. Формулировка диагноза с учетом данной клинической ситуации:
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	Сахарный диабет 2 типа, целевые значения HbA1c < 8,5%
	Дистрактор 1	Сахарный диабет 2 типа, целевые значения HbA1c < 6,5%
	Дистрактор 2	Сахарный диабет 1 типа, целевые значения HbA1c < 7,0%
	Дистрактор 3	Сахарный диабет 2 типа, целевые значения HbA1c < 8,0%
	ЗАДАНИЕ № 5	Пациентка была направлена к офтальмологу. Проявлением диабетической микроангиопатии будет выявленная у пациентки
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	препролиферативная ретинопатия
	Дистрактор 1	пигментная дегенерация сетчатки
	Дистрактор 2	возрастная макулярная дегенерация
	Дистрактор 3	центральная серозная ретинопатия
	Дистрактор 4	задняя субкапсулярная катаракта
	ЗАДАНИЕ № 6	По результатам антропометрии пациентки. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см. Целевым уровнем индекса массы тела для данной пациентки будет значение _____ кг/м ² .
	Количество верных ответов	1

	Верный ответ 1	20-25
	Дистрактор 1	25-30
	Дистрактор 2	18- 25
	Дистрактор 3	20- 24,9
	РАЗДЕЛ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА	
	ЗАДАНИЕ № 7	У пациентки установлен сахарный диабета 2 типа, целевой HbA1c < 8,0%. С учетом диагноза целевые значения гликемии при само-контроле глюкозы крови для данной пациентки определяются как: глюкоза плазмы натощак менее -----ммоль/л, после еды менее -----ммоль/л
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ 1	8,0 и 11,0
	Дистрактор 1	10,0 и 11,0
	Дистрактор 2	7,0 и 9,0
	Дистрактор 3	6,0 и 8,0
	ЗАДАНИЕ № 8	О достижении целевых значений частоты сердечных сокращений у данной пациентки в состоянии покоя свидетельствуют значения показателя (уд./мин)
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	55-60
	Дистрактор 1	60-70
	Дистрактор 2	70-80
	Дистрактор 3	80-90
	Дистрактор 4	70-90
	ЗАДАНИЕ № 9	Целевым значением ХС-ЛНП у пациентки является
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	< 1,4 ммоль/л.
	Дистрактор 1	< 1,0 ммоль/л.
	Дистрактор 2	< 2,5 ммоль/л.
	Дистрактор 3	< 3,0 ммоль/л.
	Дистрактор 4	≥ 1,0 ммоль/л.
	ЗАДАНИЕ № 10	Целевой дозой метформина для данной пациентки является утром мг и вечером мг
	Количество верных ответов	1
	Верный ответ 1	1000 и 1000
	Дистрактор 1	500 и 1000
	Дистрактор 2	750 и 750
	Дистрактор 3	750 и 1000
	ЗАДАНИЕ № 11	Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентке рекомендуется назначить

	Количество верных ответов	1
	Верный ответ	ацетилсалициловую кислоту
	Дистрактор 1	низкомолекулярный гепарин
	Дистрактор 2	ривароксабан
	Дистрактор 3	двойную антитромбоцитарную терапию
	Дистрактор 4	непрямой антикоагулянт
	ЗАДАНИЕ № 12	С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений, пациентке требуется назначение
	Количество	1

	верных ответов	
	Верный ответ	статинов
	Дистрактор 1	антикоагулянтов
	Дистрактор 2	двойной антитромбоцитарной терапии
	Дистрактор 3	гепатопротекторов
	Дистрактор 4	биологически активных добавок
	ЗАДАНИЕ № 13	Основанием для отмены метформина у данной пациентки является
	Количество верных ответов	2
	Верный ответ 1	дыхательная недостаточность
	Верный ответ 2	острый коронарный синдром
	Дистрактор 1	острый риносинусит
	Дистрактор 2	снижение СКФ < 45 мл/мин /1,73 м2
	Примерный перечень практических навыков	
	- Алгоритм первой помощи в случае отсутствия у пострадавшего признаков жизнедеятельности (сердечно-легочная реанимация) - Алгоритм оказания первой помощи в случае отсутствия у пострадавшего признаков жизнедеятельности (сердечно-легочная реанимация) при подозрении на ин-сульт - Методика анализа ЭКГ - Измерение АД - Краткое профилактическое консультирование - Краткое профилактическое консультирование на диспансерном приеме - Диспансерный прием врача терапевта - Диагностика невуса АКОРД	
	<i>Клинические кейсы</i>	
	Примерный шаблон кейса:	
	И	- ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	У	- Опишите пациента по заданной теме
	В	1 Выделите факторы риска, суммарный СС риск.
	Э	-
	В	2 Тактика врача по ведению пациента. Рекомендации для с мьи.
	Э	-
	В	3 Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
	О	-
	В	4 Целевые показатели факторов риска
	Э	-

ПК-3 Способен оказывать первичную медико-санитарную	Примерные вопросы к экзамену (с №73 по №81 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1.Перечень заболеваний в программе массового скрининга новорожденных.
помощь детям в об- щей врачебной прак- тике	2.Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни; 3.Физиологические особенности развития ребенка в разных возрастных периодах; 4.Гигиенические и физиологические основы воспитания и обучения детей раннего возраста; 5. физиологические особенности подросткового возраста; 6. Система физического воспитания детей и подростков; 7. Методы контроля за развитием и состоянием здоровья ребенка; 8. Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста 9. Алгоритм медицинского обследования детей на основании многофакторной оцен- ки 10. Физиологические и патологические рефлексы новорожденных, методика опреде- ления, сроки угасания Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №72 по №76 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) 1. Физиологические особенности развития ребенка дошкольного возраста 2. Гигиенические и физиологические основы воспитания и обучения детей дошколь- ного возраста; 3. Методы контроля за развитием и состоянием здоровья ребенка дошкольного воз- раста; 4. Оценка нервно-психического развития детей дошкольного возраста 5. Алгоритм медицинского обследования детей на основании многофакторной оцен- ки <i>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</i>

1 уровень:

1. Ведущий вид деятельности у детей 2-3 лет жизни:

- (ПК2) А. Общение ребенка со взрослым
Б. Учебная деятельность
В. Игра и действия с предметами
Г. Развитие наглядно-образного мышления
Д. Развитие наглядно-образного мышления, произвольной

памяти Эталонный ответ: В

2. Сроки

- А. 3-4
Б. 5-6
В. 7-8
Г. 9-10
Д. 11-12

Эталонный ответ: В

3. Лабораторные признаки холестаза у новорожденного: (ПК5)

- А. Повышение в сыворотке крови непрямого билирубина, креатинина, лактат-дегидрогеназы.
Б. Повышение в сыворотке крови непрямого билирубина, АсАт, АлАт.
В. Повышение в сыворотке прямого билирубина, щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы.
Г. Повышение в сыворотке непрямого билирубина, холестерина, мочевины. Д. Повышение в сыворотке непрямого билирубина, амилазы, альбумина.

Эталонный ответ: В

4. Девочка, 5 день жизни, выписана из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды срочные. Масса при рождении 3250г, длина - 51см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через час после рождения, сосала хорошо. На 3-и сутки жизни появилась иктеричность кожных покровов, на 4 сутки уровень общего билирубина составил 191 мкмоль/л, непрямого – 185 мкмоль/л. Ваш диагноз: (ПК5)

	Е. физиологическая желтуха новорожденных Ж. желтуха от материнского молока З. синдром Криглера- Найара И. синдром Дабина- Джонсона К. неонатальный гепатит Эталонный ответ: А 5. На 5 сутки жизни у новорожденного с гестационным возрастом 35-36 недель и ГБН по АБО-несовместимости усилилась желтуха, появился обесцвеченный стул, темная моча. Какой диагноз следует предположить? (ПК5) А. неонатальный гепатит Б. билиарная атрезия В. синдром холестаза у ребенка с ГБН Г. конъюгационная желтуха Д. наследственное нарушение метаболизма Эталонный ответ В 6. Состояние, являющееся противопоказанием к кормлению грудью со стороны ма- тери: (ПК5, ПК6) А. Острая респираторная вирусная инфекция Б. Гепатит А В. Инсулинозависимый сахарный диабет Г. Аутоиммунный тиреоидит Д. Открытая форма туберкулеза Эталонный ответ Д. 7. Главным отличительным признаком адаптированных смесей для маловесных и недоношенных детей является: (ПК6) А. Низкий уровень белка Б. Низкий уровень жира В. Высокий уровень белка Г. Высокий уровень лактозы Д. Высокий уровень жира Эталонный ответ В. 8. К клеточным факторам приобретенного иммунитета относятся: (ПК5) А. Т-лимфоциты Б. Моноциты В. Макрофаги Г. Нейтрофилы Д. Натуральные киллеры Эталонный ответ: А 9. В углеводах грудного молока преобладает сахар: (ПК2) А) сахароза; Б) мальтоза; В) бета- лактоза; Г) галактоза; Д) глюкоза. Ответ: (В) 10. Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании способствуют: (ПК5, ПК6) А) короткий пищевод; Б) недостаточное развитие кардиального отдела желудка;

В) относительный гипертонус пилорического отдела желудка; Г) все перечисленные;
Д) физиологический дефицит ферментов.

Ответ: (Г)

11. После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ-М в месте инъекции может появиться папула через: (ПК2, ПК5)

- А) 1 неделю;
- Б) 2-3 недели;

- В) 4-6 недель;
- Г) 2-3 месяца;
- Д) 4-6 месяцев.

Ответ: (В)

12. Наиболее часто вызывают судорожный синдром у новорожденных от матерей с сахарным диабетом: (ПК5)

- А) асфиксия и родовая травма;
- Б) пороки развития ЦНС;
- В) гипогликемия и гипокальциемия;
- Г) гипербилирубинемия;
- Д) гипергликемия.

Ответ: (В)

13. Самым тяжелым осложнением при желтушной форме гемолитической болезни новорожденных является: (ПК5)

- А) анемия;
- Б) поражение печени;
- В) поражение ЦНС;
- Г) сердечная недостаточность;
- Д) поражение почек.

Ответ: (В)

14. Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается: (ПК5) А) при лактазной недостаточности;

- Б) при муковисцидозе;
- В) при экссудативной энтеропатии;
- Г) все ответы правильные;
- Д) при галактоземии.

Ответ: (Б)

Инструкция: выберите все правильные ответы

15. Признаки кризиса 3-х лет: (ПК2)

- А. Непроизвольный характер внимания
 - Б. Негативизм
 - В. Упрямство
 - Г. Своеволие
 - Д. Строптивость
- Эталонный ответ: Б, В, Г, Д

16. Особенности рахита у недоношенных детей:

- (ПК5) А. Начало на 2-3 неделе жизни
- Б. Преобладание костных изменений
- В. Значительное снижение уровней кальция и фосфора в крови
- Г. Неотчетливость нервно-мышечных расстройств
- Д. Выраженные нервно-мышечные расстройства

Эталонный ответ: А, Б, В, Г

17. Адаптационный синдром может проявляться:

- (ПК5) А. Длительным снижением аппетита
 - Б. Медленным засыпанием
 - В. Стремлением к активному общению со сверстниками
 - Г. Чутким сном
 - Д. Засыпание и пробуждение сопровождаются плачем
- Эталонный ответ: А, Б, Г, Д

18. Основные принципы закаливания:

- (ПК2) А. Систематичность

	Б. Периодичность В. Постепенность Г. Резкое воздействие закаливающих факторов Д. Учет индивидуальных особенностей Эталонный ответ: А, Б, В, Д 19. Перечень лабораторных и инструментальных методов исследования при прове-

дении профилактических осмотров юношей: (ПК2)

- А. Общий анализ крови,
- В. Общий анализ мочи
- С. Анализ кала на я/г
- Д. Флюорография
- Е. ЭКГ

Эталонный ответ: А, Б, В, Г, Д

20. Причины преждевременного полового созревания (ложного): (ПК5, ПК6)

- А. Пороки развития надпочечников;
- Б. Гиперплазия клеток передней доли гипофиза;
- В. Гормонопродуцирующие опухоли яичников;
- Г. Прием анаболических стероидов
- Д. Прием антибактериальных препаратов

Эталонный ответ: А, В

2 уровень:

Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.

1. У ребенка 3-го года жизни:

- Благополучный социально-биологический анамнез
- По физическому развитию – сниженная длина, дефицит массы тела 1 ст.
- По нервно-психическому развитию – группа развития 3, 1 степень
- По уровню резистентности – отсутствие заболеваний в течение года
- По уровню функционального состояния – гемоглобин 115г/л, сниженный тургор тканей, повышена возбудимость, наличие нейродермита в стадии ремиссии, гипотрофия 1 ст.

Определите группу здоровья:

- Е. I
- Ж. II
- З. III
- И. IV
- К. V

Эталонный ответ: Г

2. Период первого вытяжения (ускорения роста) приходится на возраст:

- А. 4-6 лет у мальчиков и 6-7 лет у девочек
- Б. 4-6 лет у мальчиков и 8-9 лет у девочек
- В. 6-7 лет у мальчиков и 8-9 лет у девочек
- Г. 6-9 лет у мальчиков и 8-9 лет у девочек
- Д. 6-9 лет у мальчиков и 9-10 лет у девочек

Эталонный ответ: А

3.

Сроки появления

Показатели нервно-психического развития

1. 1 год	А) приседает, наклоняется, перешагивает
2. 2 года	Б) произносит 5-10 слов
3. 3 года	В) самостоятельно берет чашку и пьет
	Г) ориентируется в трех контрастных вели
	Д) пользуется предложениями из 3 слов
	Е) играет в сюжетные и ролевые игры
	Ж) перешагивает через палку, приподнятую
	З) 30-35 см. от пола

Эталонный ответ: А-2, 3; Б-1, 4, 5; В- 6, 7

	4. Возраст здорового доношенного ребёнка (месяцы) А – 1 Б – 2 В – 3 Г – 4 Д – 5 Показатели нервно-психического развития 1. Плавные прослеживания движущегося предмета 2. Лежа на животе поднимает и некоторое время удерживает голову (не менее 5 сек) 3. Первая улыбка в ответ на разговор взрослого 4. Случайно наталкивается на игрушку, низко висящую над грудью 5. Удерживает голову в вертикальном положении (на руках у взрослого) 6. Гулит 7. Ест с ложки полугустую и густую пищу Эталонный ответ: А-1,3; Б-2; В-4; Г-5,6; Д-7 3 уровень: Задание 1. Инструкция. Выберите один правильный ответ. У двухлетнего мальчика в анамнезе инфекция верхних дыхательных путей в течение последней недели и припухлость век в последние два дня. Температура и артериальное давление нормальные. При обследовании выявлен двусторонний отек под глазами; отека ног нет; живот при пальпации безболезненный, нет увеличения размеров органов брюшной полости. Остальные данные обследования не выявляют отличий от нормы. В анализе мочи выявлен белок 3г/л, в моче единичные гиалиновые цилиндры. В крови снижена концентрация альбумина в сыворотке крови: 24г/л (норма 35-50г/л). Концентрации креатинина в норме, повышен уровень холестерина в крови. 1) Какое заболевание можно предположить, учитывая все приведенные данные? А. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом* Б. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом В. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма. Г. Хронический гломерулонефрит, латентная форма. 2) Определите где должен получать лечение данный пациент А. в специализированном отделении стационара Б. в педиатрическом отделении стационара В. в дневном стационаре Г. в поликлинике 3) Установите провоцирующий фактор А. вирусная инфекция* Б. отсутствие лечения инфекции В. нарушение режима Г. наследственность 4) Что характерно для нефритического синдрома в отличие от нефротического А. протеинурия. Б. азотемия. В. отечность. Г. Гематурия* Задание 2. Подростку придавило ногу тяжестью. Жалуется на боль в нижней трети бедра. Имеется выраженная деформация в области коленного сустава. Стопа бледная, пульсация ее сосудов отсутствует. По задней поверхности бедра и в подколенной ямке - припухлость. При рентгенографии нижней трети бедра и коленного сустава в боковой проекции выявлено характерное смещение отломков. 1. Диагноз: а) закрытый перелом бедренной кости в средней трети;

	б) надмыщелковый неосложненный перелом бедренной кости; в) осложненный надмыщелковый перелом бедренной кости со сдавлением сосудов в подколенной ямке* 2. Характер лечения: а) наложение скелетного вытяжения; б) открытая репозиция отломков и ревизия сосудов подколенной ямки* в) закрытая репозиция. 3. Способ иммобилизации отломков: а) металлоостеосинтез* б) наложение кокситной повязки; в) скелетное вытяжение. 4. Возможное раннее осложнение: а) тромбофлебит голени; б) тромбоз артериальных стволов* в) атрофия мышц голени; г) сгибательная контрактура.

Тестовые задания открытого типа

1. Первичная медико -санитарная помощь детскому населению оказывается в амбулаторных условиях врачами_____

Эталон ответа: врачами педиатрами, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами

2. По _____ рентгенологической картине у детей выделяют _____ пневмо- нии_____

Эталон ответа:очаговые, очагово-сливные, сегментарные, полисегментар- ные, долевые, интерстициальные

3. Тяжелая пневмония у ребенка характеризуется наличи- ем:_____

Эталон ответа: кашля или одышки+ хотя бы один из следующих симпто- мов: центральный цианоз или $SpO_2 < 90\%$; ДН 2 и более степени; системные опасные признаки - неспособность сосать грудное молоко или пить; наруше- ние микроциркуляции; нарушение сознания; судороги; наличие осложнений (деструктивная пневмония, плеврит и др.)

4. Вторая степень дыхательной недостаточности у детей характеризует- ся наличием__

Эталон ответа: одышки, тахикардии, повышением систолического АД, периоральным, акроцианозом, бледностью кожи в покое, усиливающейся при физической нагрузке. Ребенок возбужден и беспокоен, либо вялый. $SpO_2 < 90\%$; кислородотерапия улучшает состояние и нормализует газовый состав крови

5.Критериями диагностики внебольничной пневмонии у детей являют- ся_____

Эталон ответа: наличие острого инфекционного заболевания легочной па- ренхимы, диагностируемого по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгено- грамме.

6. Атопический дерматит - это _____

Эталон ответа: мультифакторное генетически детерминированное забо- левание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения

7. Укажите основные диагностические критерии атопического дерматита

Эталон ответа: кожный зуд, типичная морфология и локализация пора- жения кожи, хроническое рецидивирующее течение; наличие атопических

	заболеваний у пациента или его родственников 8. Бессимптомная (асимптоматическая) бактериурия – это _____ Эталон ответа: наличие одного или более вида бактерий, растущих в моче в количестве более 10^5 КОЕ/мл независимо от наличия пиурии, при отсутствии каких-либо жалоб и клинических симптомов заболевания мочевой системы. 9. Дайте характеристику III стадии стеноза гортани (по В.Ф. Ундрицу) – _____ Эталон ответа: осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможно апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз. 10. Уровень контроля бронхиальной астмы для детей до 6 лет определяется по 4 симптомам за последние 4 недели, а именно – _____ Эталон ответа: дневные симптомы чаще, чем 1 раз в неделю; ночные пробуждения из-за бронхиальной астмы, потребность в препарате для купирования симптомов чаще, чем 1 раз в неделю, бегают, играют меньше, чем другие дети; быстро устает от ходьбы/игры. 11. Рахит – это _____ Эталон ответа: заболевание детей грудного и раннего возраста, возникающее в результате изменений в кальциево-фосфорном гомеостазе, приводящих к нарушению минерализации костной ткани. Примерные ситуационные задачи 1) Пример задачи с оценочным листом Мальчик 3 месяца. АНТРОПОМЕТРИЯ: Масса = 4400 г. Длина тела = 52 см. Окружность груди = 32 см. Мама обратилась к семейному врачу с жалобами на плохую прибавку в массе тела, беспокойство ребёнка – особенно в период пеленания, плаксивость, плохой сон, вздрагивания во сне, повышенную потливость – особенно во время сна и сосания, в последнее время на подушке стала обнаруживать мокрое пятно, пот имеет кислый запах. ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Мальчик от первой беременности (поздний токсикоз), беременность протекала в осенне-зимний период (антенатальная профилактика рахита не проводилась), ребёнок родился недоношенным с массой 2500 г. С рождения до 2-х месяцев находился на естественном вскармливании. С 2-х месяцев переведён на смешанное питание (получает смесь “Нан 1”). Количество докорма в суточном рационе 1/2. В 2 месяца переболел ОРЗ. ОБЪЕКТИВНО: Кожные покровы бледные, влажные. При осмотре головы: облысение затылка, большой родничок размером 3х3 см, при пальпации роднички и швы пружинят под пальцами, затылок плоско – скошенной формы. При пальпации грудной клетки выявляются рахитические чётки. Мышечный тонус снижен. Во время осмотра мальчик несколько заторможен, малоактивен, снижен эмоциональный тонус. Фиксирует взгляд на яркие предметы, поворачивает голову на громкий звук, улыбается близким, хорошо держит голову. Случайно наталкивается руками на игрушки, низко висящие над грудью. Произносит отдельные звуки. Задание: дать комплексную оценку здоровья ребёнка и рекомендации. ФИО соискателя _____ Дата _____

Оценочный лист к ситуационной задаче (собеседование) №				
№	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл	
п/п				
11	Оценка анамнеза. Факторы риска по развитию заболевания. Заключение по анамнезу. Группа риска по заболеваниям Группа риска по прививкам.	4		
22	Оценка Физического Развития. Заключение по ФР	4		
33	Оценка НПР. Заключение по НПР	4		
44	Оценка резистентности. Иорз. Заключение.	4		
55	Оценка функционального состояния организма (по данным объективного осмотра). Заключение.	4		
66	Наличие или отсутствие ВПР и хронических заболеваний. Заключение.	4		
77	Общее заключение по комплексной оценке	4		
88	Лечение и рекомендации.	4		
	Максимальный балл	32		

2) Пример задачи

Мальчик 2 месяца.

АНТРОПОМЕТРИЯ

:

Масса = 4600 г.

Длина тела = 57 см.

Окружность груди = 35 см.

Мама обратилась к участковому педиатру с жалобами на вялость ребёнка, адинамию, плаксивость, судорожные подёргивания, периодически срыгивания.

ИЗ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ: Ребёнок от 5-й беременности, 1-х родов. Возраст матери 38 лет. Работает на химическом заводе. Оперативные роды (кесарево сечение) вследствие патологии родовых путей (сужение таза). Ребёнок находится на естественном вскармливании.

ОБЪЕКТИВНО: При осмотре ребёнок умеренного питания, кожные покровы чистые, умеренно влажные, на нижних конечностях выражен венозный рисунок. Тонус мышц снижен. Имеется тремор подбородка и кистей рук. Большой родничок размером 2 * 3 см. Положительны рефлексы Бабинского, Хоботковой, сосательный, поисковый, Бабкина, хватательный. При проверке рефлекса автоматической походки наблюдается перекрест нижних конечностей.

При осмотре мальчик вялый, заторможен, не улыбается. Поворачивает голову на громкий звук. Фиксирует взгляд на свет. Голову держит плохо.

3) Пример задачи

Девочка 14 лет, больна в течение 3-х месяцев. Заболела, находясь в деревне, когда среди полного здоровья, спустя 2 недели после ежедневных купаний и приема солнечных ванн, у нее появились боли в коленных и голеностопных суставах, сыпь на ногах и руках типа крапивницы. После применения димедрола, глюконата кальция эти симптомы исчезли. Через месяц стала жаловаться на боли в сердце, слабость, затрудненное дыхание. Температура оставалась нормальной. Госпитализирована в ЦРБ, где отмечались расширение границ сердца, приглушенность тонов, систолический шум на верхушке, тахикардия. В анализе крови лейкопения $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ до 47 мм/ч. Клинические признаки миокардита исчезли после лечения. Однако СОЭ оставалось высоким 51 мм/ч. «недели чувствовала себя хорошо. Затем вновь повысилась температура до 38,0. Появилась слабость, головная боль, боли в мышцах, в коленных и лучезапястных суставах. В анализе крови эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 112 г/л, ц.п.0,8, тромбоциты $236 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты $4,0 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы -

3%, палочкоядерные -7%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 30%, моноциты - 10%, СОЭ 57 мм/ч, LE-клетки 5%. Биохимический анализ: СРБ +++, общий белок 90

г/л, альбумины 44%, глобулины 56%. Анализ мочи: уд.вес 1017, белок 1,65%0, лейкоциты 2-4, эритроциты 50-60 в поле зрения.

Примерный перечень практических навыков

1.4 Болезни детей и подростков

- 1.4.1. Методы определения функционального состояния организма
- 1.4.2. Выделение групп здоровья детей
- 1.4.3. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка (подростка)
- 1.4.4. Уход за новорожденным
- 1.4.5. Расчет количества молока и вскармливание новорожденного доношенного, недоношенного и при затруднениях со стороны матери
- 1.4.6. Расчет питания для детей 1-го года жизни
- 1.4.7. Выхаживание недоношенных детей (координация действий медперсонала)
- 1.4.8. Составление меню при анемии, пищевой аллергии, гипотрофии
- 1.4.9. Применение лекарственных средств у детей (per os, per rectum, в ингаляциях, наружно)
- 1.4.10. Очистительные клизмы

Клинические кейсы

Примерный шаблон кейса:

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Опишите пациента по заданной преподавателем теме
В	1	Выделите семейные факторы, которые могут повлиять на клиническую ситуацию. Выделите факторы риска
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента. Рекомендации для семьи.
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
О	-	
В	4	Лечение ребенка в амбулаторных условиях
Э	-	

ПК-4 Способен оказывать паллиативную первичную врачебную помощь

Примерные вопросы к экзамену

(с №82 по №91) (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)

1. Основные этапы развития паллиативной помощи в России
2. Проблемы эвтаназии.
3. Виды эвтаназии.
4. Основные принципы оказания паллиативной помощи.
5. Учреждения, оказывающие паллиативную помощь.
6. Состав бригады по оказанию паллиативной помощи больным.
7. Принцип уважения к жизни умирающего больного и его интерпретация в различные периоды развития общества.
8. Качество жизни больных. Факторы его определяющие.
9. Стандарты простейших сестринских манипуляций
10. Сестринский процесс при лихорадке у больного

	Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №77 по №85 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2)) - Профилактика и уход при пролежнях - Синдром боли: классификация, медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции - Особенности диеты у стомированного больного - Уход за трахеостомой - Уход за колоноостомой - Техника промывания желудка. - Постановка очистительной клизмы. - Постановка сифонной клизмы. - Постановка лечебной клизмы. - Гигиенический уход за «лежачим» больным.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) 1 уровень: - В отношении паллиативной медицины помощи (ПМП) справедливы следующие утверждения: - ПМП утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественно-му процессу; # - ПМП не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти; # в) ПМП предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить насколько возможно активно до самой смерти; # - ПМП повышает качество жизни и может также положительно повли-ять на течение болезни. - К задачам паллиативной помощи относятся: - адекватное обезболивание и купирование других тягостных симпто-мов;# - психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников;# - выработка отношения к смерти как к закономерному этапу пути че-ловека;# - удовлетворение духовных потребностей больного и его близких.# - Пациенты, страдающие какими заболеваниями превалируют среди нуждаю-щихся в оказании паллиативной медицинской помощи: - некурабельные онкологические больные; # б) пациенты, перенесшие инсульт; # - больные в терминальной стадии ВИЧ-инфекции; # г) больные с диссеминированной формой туберкулеза. - К организациям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь неку-рабельным больным, относятся: - хосписы; # - выездные патронажные службы паллиативной медицинской помощи; # - отделения паллиативной медицинской помощи; # г) онкологические диспансеры. - Выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи может осуществлять следующие функции: - назначение и выписывание наркотических и психотропных лекар-ственных препаратов пациентам, нуждающийся в обезболивании; # - взаимодействие с органами и организациями системы социального обслуживания; #

	в) обучение пациентов и их родственников навыкам ухода; # г) установка стентов, дренажей. 6. Какой нормативно-правовой документ, регламентирует порядок оказания

	паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации: а) Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 б) Приказ МЗ РФ №187н от 14.04.2015* в) Приказ МЗ РФ № 193н от 14.04.2015 г) Приказ МЗ РФ №422ан от 07.07.2015 7. Сколько ступеней выделяют в соответствии с «Лестницей обезболивания для взрослых, рекомендованная ВОЗ»: а) 2 б) 3* в) 4 г) 5 д) 6 8. Характеристикой ноцицептивной соматической боли является: а) четкая локализация; б) разлитая не имеет четких границ;* в) схваткообразная, давящая; г) внезапная стреляющая; д) показан прием антиконвульсантов. 9. Характеристикой ноцицептивной висцеральной боли является: а) четкая локализация; б) разлитая не имеет четких границ; * в) носит постоянный характер; г) внезапная, стреляющая; д) показан прием антиконвульсантов. 10. Характеристикой нейропатической боли является: а) четкая локализация б) разлитая не имеет четких границ в) носит постоянный характер г) схваткообразная, давящая д) стреляющая, сверлящая, жгучая.* 11. При каких заболеваниях показано применение наркотических препаратов: а) только пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания; б) при любом заболевании при наличии острого или хронического бо- левого синдрома;* в) в кардиологической практике; г) наркотические препараты показаны для кратковременного введения с целью обезболивания в послеоперационном периоде. 12. Имеет ли право пациент на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, согласно статье 19 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»: а) таких прав пациент не имеет; б) имеет, только с письменного разрешения руководителя медицинской организации; в) имеет, только с письменного согласия законных представителей; г) имеет* 13. Назовите основные принципы построения паллиативной медицинской по- мощи: а) пациенты паллиативного профиля должны иметь приоритет при по- лучении лечения для предотвращения страдания#

	б) должны быть доступны все службы паллиативной медицинской помощи для лечения в стационаре и на дому;# в) доступ к обезболивающим препаратам;# г) индивидуальный подход к оказанию помощи, в зависимости от по-

	требности. # 14. Является ли родственник или лицо оказывающее уход объектом паллиатив- ной медицинской помощи? а) да, в период жизни паллиативного пациента и в период после утраты (в горевании);* б) да, только в период жизни паллиативного пациента; в) да, только в период после утраты (в горевании); г) нет, не является. 15. В мультидисциплинарную команду, оказывающую паллиативную медицин- скую помощь, должны входить следующие специалисты: а) медсестра и врач;# б) физиотерапевт; в) психолог;# г) социальный работник. 16. В качестве адъювантных препаратов в терапии боли рекомендуется исполь- зовать 1) галоперидол; 2) габапентин;+ 3) amitriptilin;+ 4) метамизол натрий; 5) морфин. 17. В принципы терапии ХБС у взрослых в соответствии с рекомендациями ВОЗ входят 1) индивидуальный подход;+ 2) через рот;+ 3) с вниманием к деталям;+ 4) по восходящей;+ 5) строго по алгоритму; 6) по часам.+ 18. В соответствии с законодательством РФ, в рамках паллиативной помощи па- циенту предоставляются следующие виды поддержки 1) психологическая поддержка;+ 2) медицинская помощь;+ 3) социальные услуги;+ 4) духовная помощь;+ 5) финансовая помощь. 19. Видами паллиативной медицинской помощи являются 1) специализированная;+ 2) первичная доврачебная;+ 3) первичная врачебная;+ 4) высокотехнологическая. 20. Для оценки интенсивности боли часто используются 1) визуальная аналоговая шкала;+ 2) опросник DN4; 3) болевая шкала LANSS; 4) цифровая рейтинговая шкала (нумерологическая оценочная шкала).+ 2 уровень 1. Выберите правильные соответствия интенсивности боли по ВАШ и НОШ 1) умеренная боль – ВАШ 45-74 мм, НОШ 4-6;+ 2) умеренная боль – ВАШ 45-70 мм, НОШ 4-7; 3) слабая боль – ВАШ 5-44 мм, НОШ 1-3;+ 4) сильная боль – ВАШ 71-100 мм, НОШ 8-10; 5) сильная боль – ВАШ 75-100 мм, НОШ 7-10.+ 2. Выберите характеристики острой и хронической боли: А) Острая боль характеризуется следующими

	особенностями Б) Для хронической боли характерны следующие признаки 1) преимущественно ноцицептивный характер

- 2) связь с основным заболеванием / повреждением
 - 3) хороший ответ на терапию анальгетиками
 - 4) продолжительность менее 3 месяцев
 - 5) четкая связь с основным заболеванием
 - 6) комбинирование анальгетиков, длительный анамнез приема
 - 7) склонность к персистенции, прогрессированию
 - 8) преимущественно смешанный характер патогенеза
 - 9) продолжительность более 3-х месяцев
 - 10) необходимость комбинированной терапии
- Ответ: А-1,2,3,4; Б-6,7,8,9,10
3. Выберите правильные соответствия нейропатической и висцеральной боли А. Отличительными признаками нейропатической боли являются
- Б. Отличительными признаками висцеральной боли являются
- 1) всегда присутствует у пациентов со злокачественными опухолями
 - 2) сопровождается расстройствами чувствительности
 - 3) плохо поддается терапии, в т.ч. опиоидными анальгетиками
 - 4) возникает только при действии интенсивных раздражителей
 - 5) часто неадекватна по силе видимому повреждению
 - 6) диффузная и плохо локализованная
 - 7) может сопровождаться тошнотой, рвотой
- А – 2,3,5; Б-6,7

3 уровень

№1.

Больной П., 56 лет. Жалуется на жгучие, простреливающие боли в левой подлопаточной области, усиливающиеся при глубоком дыхании и движениях левой рукой. В анамнезе: herpes zoster. При осмотре питание повышено, кожные покровы физиологической окраски, под левой лопаткой белесоватые рубчики. ЧМН без особенностей. Силовых парезов нет. СПР D=S, патологических знаков не выявлено. Болезненность при пальпации паравертебральных точек D7,D8 слева, гипестезия в этих же дерматомах. В позе Ромберга устойчив, КП выполняет удовлетворительно.

1) Поставьте предварительный диагноз:

- А) Межреберная невралгия после Herpes Zoster*
- Б) Экссудативный плеврит
- В) Анкилозирующий спондилит
- Г) Остеохондроз позвоночника

2) Назначьте лечение:

- А) НПВС
- Б) прегабалин, амитриптилин, витамины группы В*
- В) слабые опиоиды
- Г) трамадол

Задача №2

У больного П., 53 лет, после ранения средней трети левого предплечья появились мучительные жгучие боли в левой руке вокруг места ранения, иррадирующие по всей руке. Боль усиливается при сотрясении тела, после психоэмоциональных нагрузок; ночью, уменьшается при охлаждении, особенно при смачивании конечности водой (больной спит, опустив левую руку в ведро с холодной водой).

Объективно: выявляется гипестезия в области 1-3 пальцев левой руки по ладонной поверхности и в области возвышения большого пальца. Истончение и сухость кожи в области левой кисти, ломкость и истерченность ногтей. Притрагивание к коже в зоне гипестезии вызывает неприятный оттенок, чувство «садания», которое расходится радиально вокруг места прикосновения.

	1) Как называется данный синдром?

	А) каузалгия* Б) парестезия В) гипестезия Г) гиперестезия 2) Какое образование нервной системы поражено у больного? А) медиальный плечевой кожный нерв Б) срединный нерв* В) локтевой нерв Г) лучевой нерв

Тестовые задания открытого типа

1. Согласно закону 323-ФЗ паллиативная медицинская помощь определяется как

Эталон ответа: комплекс мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

2. Назовите задачи паллиативной помощи _____

Эталон ответа: адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов, а также психологическая поддержка больного и его родственников.

3. Паллиативная медицинская помощь оказывается взрослым с _____

Эталон ответа: неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний

4. Медицинское заключение взрослым со злокачественными новообразованиями выдают врачи

Эталон ответа: врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза; врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшера, врачи-специалисты при наличии заключения врача-онколога о необходимости проведения симптоматического лечения

5. Медицинское заключение взрослым (за исключением больных злокачественными новообразованиями при наличии гистологически верифицированного диагноза) выдает _____

Эталон ответа: врачебная комиссия медицинской организации или консилиум врачей, в которой осуществляется наблюдение и лечение взрослого.

6. В состав врачебной комиссии и/или консилиума врачей для выдачи медицинского заключения о паллиативной помощи рекомендуется включать для пациентов старше 75 лет

Эталон ответа: лечащего врача по профилю заболевания пациента, врача по паллиативной медицинской помощи, врача по медицинской реабилитации, врача-гериатра, врача-анестезиолога-реаниматолога и/или врача-пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке).

7. Перечислите общие медицинские показания к оказанию взрослым паллиативной медицинской помощи

Эталон ответа: ухудшение общего состояния, физической и/или когнитивной функции на фоне прогрессирования неизлечимого заболевания и неблагоприятный прогноз развития заболевания, несмотря на оптимально проводимое специализированное лечение; снижение функциональной активности пациента, определенной с использованием унифицированных систем

	оценки функциональной активности; потеря массы тела более чем на 10% за последние 6 мес. 8. Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым при болезнях органов дыхания Эталон ответа: дыхательная недостаточность 3 степени в период ремиссии заболевания (одышка в покое или при незначительной физической нагрузке); нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности 9. Медицинские показания к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым при почечной недостаточности Эталон ответа: хроническая почечная недостаточность 4 или 5 стадии (расчетная скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин) с прогрессирующим ухудшением; прекращение диализа или отказ от его начала 10. Функции социального работника при уходе за incurable больными включают _____ Эталон ответа. организацию индивидуального поста; контроль гемодинамических показателей; кормление тяжелобольного пациента; уход за полостью рта, носа и другими органами.

Примерные ситуационные задачи

Задача 1. Пациентка Н., 82 лет, чувствует себя очень одинокой, говорит, что детям и внукам она не нужна, хотя живут все вместе. Давно задумывается о смерти, полагает, что она всем в тягость. Усугубляет такое отчаяние наличие хронических болезней. Пациентка предъявляет жалобы на боли в суставах, слабость, головокружение, недержание мочи, бессонница. Она не надеется, что жизнь её изменится. Пациентка постоянно говорит о желании легкой смерти во сне. Старается обслуживать себя самостоятельно и не прибегать к помощи родственни- ков. Родные проявляют посильную заботу, не понимают недовольство пациентки. Задание: Определите, какие потребности нарушены у пациентки. Определите проблемы пациентки. Составьте план помощи пациентке.

Проблемы пациента: постепенное угасание жизненно важных функций организма с усилением боли. План ухода: включение пациентки в группу занятий с пожилыми людьми своего микрорайона. Обучение правилам безопасного перемещения. Занятия ЛФК с тренером. Обу- чение гимнастике Кегеля для укрепления мышц тазового дна и профилактики недержания мочи. Обучение принципам здорового сна. Беседа с родственниками о принципах взаимо- действия.

Задача 2. Пациент К., 68 лет, рак 4 стадии простаты. Получает паллиативную терапию на дому. На данный момент пациент испытывает трудности при приёме пищи, даже небольшое количество кефира или молока может спровоцировать рвоту. Проглотить твёрдую пищу он не в состоянии. Для поддержания сил пациенту требуется полноценное сбалансированное питание. Диетологом онкоцентра даны рекомендации на приобретение специальных ком- плексных препаратов, содержащих аминокислоты, микроэлементы, витамины. Жена ухажи- вает за пациентом, готова к трансректальному введению питательных смесей. Задание. Определите, какие потребности нарушены у пациента. Составьте план паллиативной помо- щи пациенту. Эталон ответа. Нарушены потребности у пациента: в безопасности; в питании; комфортного состояния. Проблемы пациента: угроза преждевременного ухода из жизни, вызванная смертью от истощения. План помощи: организовать для пациента «Стационар на дому», обучить жену пациента введению питательных веществ через кишечник с помощью клизмы.

Задача 3. Пожилая одинокая женщина страдает от обострения деформирующего остеоарт- роза. Пациентка не в состоянии передвигаться на большие расстояния. Её беспокоят сильные боли и слабость в нижней конечности. При очередном посещении на дому участковая меди- цинская сестра узнала, что несколько дней пищевой рацион пациентки ограничен, она не готовит еду. Выходить в магазин за продуктами не в состоянии. Пациентка никогда не поль- зовалась услугами службы социальной помощи, была волевой и независимой женщиной, а теперь не знает, как ей быть, у кого попросить помощи. Задание. Определите, какие потреб- ности нарушены у пациентки. Определите проблемы пациентки. Составьте план помощи.

	Эталон ответа. Нарушены потребности: в безопасности; в движении; в питании; комфортно- го состояния. Проблемы пациентки: снижение двигательной активности, самообслуживания и питания на фоне сильной боли. Отсутствие знаний относительно уровня оказания помощи социальной службой. План помощи: 1. Назначить лечение деформирующего остеоартроза с адекватной обезболивающей терапией. 2. Дать рекомендации относительно обращения за помощью в социальную службу. 3. Оказывать помощь при составлении суточного рациона, необходимого перечня продуктов, доставке и приготовлении продуктов (соседи, медсестра, социальный работник). 4. Дать инструкции соцработнику по оказанию помощи при гигиени-ческих, лечебных процедурах, созданию безопасные условия для пациентки.		
	Примерный перечень практических навыков 1. Оценка болевого синдрома 2. Оценка других тягостных симптомов <i>Клинические кейсы</i> Примерный шаблон кейса:		
	И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУ ТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	У	-	Опишите пациента с какой-либо патологией, которому показан оказание паллиативной помощи ВОП/СВ
	В	1	Выделите семейные факторы, которые могут повлиять н клиническую ситуацию
	Э	-	
	В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента. Рек мендации для семьи.
	Э	-	
	В	3	Стартовая терапия с целью обезболивания
	О	-	
	В	4	Терапия для купирования тягостных симптомов
	Э	-	

ПК-5 Способен проводить тематические научные исследования	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации (закрытого типа) 1 уровень: Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Доказательная медицина – это: 1. добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного. 2. обобщения и интерпретации лабораторных данных. 3. самостоятельная медицинская наука 4. изучение здоровья населения. 5. теоретическая база советского здравоохранения. Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе): 1. добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного. Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Основным аспектом доказательной медицины является: 1. критическая оценка доказательств в экономике здравоохранения. 2. выявление обоснованных сведений в медицине. 3. критическая оценка научной информации на предмет достоверности и полезности и выявление обоснованных сведений для ответа на вопросы; 4. выявление лучших результатов биологических исследований; 5. выявление лучших эпидемиологических результатов. Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе): 3. критическая оценка научной информации на предмет достоверности и полезности и выявление обоснованных сведений для ответа на вопросы; Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ. К доказательной медицине относится: 1. информационный поиск научной информации 2. технология сбора информационного материала 3. технология сбора, анализа научной информации для принятия правильного клинического решения 4. технология поиска, сбора, анализа научной доказательной информации 5. информации для принятия правильного клинического решения Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе): 3. технология сбора, анализа научной информации для принятия правильного клинического решения Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Исследование, в котором пациент не знает, а врач знает, какое лечение получает пациент, называется 1. плацебоконтролируемым 2. двойным слепым 3. тройным слепым 4. простым слепым Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе): 4. простым слепым Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ. Первый этап клинического поиска согласно доказательной медицине: 1. разработка практических руководств 2. написание статьи по выбранной теме 3. поиск информации по выбранной теме 4. формулирование клинического вопроса 5. применение научных данных в практику Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе): 4. формулирование клинического вопроса
	Тестовые задания открытого типа Инструкция: вставьте пропущенный термин или выражение. 1. Дайте определение контрольной группы в ходе рандомизированных контролируемых испытаний _____ Эталон: Группа, где лечение не проводится или проводится стандартное

	лечение
	или пациенты получают плацебо. Эталон ответа (минимум, который должен быть в ответе): контрольной. 2. Дайте определение двойного «слепого» рандомизированного исследования — _____ <i>Эталон ответа:</i> Метод, когда о принадлежности к определенной группе не знают ни пациент, ни врач. 3. Поясните IV уровень доказательности - _____ <i>Эталон ответа:</i> Доказательства, основанные на сообщениях экспертного комитета и мнении и/или клиническом опыте заслуженных авторитетов 4. Первым шагом в доказательной медицине, согласно принципу PICO являет- ся _____ <i>Эталон ответа:</i> Формулирование клинического вопроса 5. Мета-анализ - это _____ <i>Эталон ответа:</i> количественный систематический обзор литературы или коли- чественный синтез первичных данных для получения суммарных статистиче- ских показателей. 6. Поясните IA уровень доказательности - _____ <i>Эталон ответа:</i> доказательства, основанные на данных мета-анализа, рандомизи- рованных контролируемых исследований относиться к уровню доказательности. 7. Плацебо – это _____ <i>Эталон ответа:</i> индифферентное вещество или процедура, применяемое для сравнения его действия с эффектами настоящего лекарства или другого вмеша- тельства. 8. Больной 32 лет обратился по поводу боли в эпигастральной области, возни- кающие через 30-40 минут после приема пищи, тошноту, отрыжку воздухом. Из анамнеза выяснилось, что боли беспокоят около 2 лет, отмечается обострение весной и осенью, а также при погрешностях в питании. Последние 3 года при- нимает Аспирин. Клинический поиск, согласно принципам доказательной меди- цины следует начать с _____ <i>Эталон ответа:</i> Клинический поиск следует начать с формулировки клинического вопроса. 9. Больной 32 лет обратился по поводу боли в эпигастральной области, возни- кающие через 30-40 минут после приема пищи, тошноту, отрыжку воздухом. Из анамнеза выяснилось, что боли беспокоят около 2 лет, отмечается обострение вес- ной и осенью, а также при погрешностях в питании. Последние 3 года принимает Аспирин. Клинический вопрос по принципу PICO (Пациент, вмешательство, срав- нение, исход) будет иметь следующую формулировку: « _____» <i>Эталон ответа</i> (минимум, который должен быть в ответе): 1. Предотвращает ли прием антисекреторных препаратов образование язвы желудка, у больных, длитель- но получающих Аспирин? 10. У ребенка 5 лет выявлен острый средний отит. Со слов матери, воспаление возникает каждые 6 месяцев. Иногда боли проходят сами, а иногда врачи назначали антибиотики. Клинический вопрос по принципу PICO (Пациент, вмешательство, сравнение, исход) будет иметь следующую формулировку: _____ <i>Эталон ответа</i> (минимум, который должен быть в ответе): Приводит ли назначе- ние антибактериальной терапии к облегчению симптомов и снижению частоты осложнений у ребенка со средним отитом?

		Примерные ситуационные задачи Оценить чек-лист диспансерного наблюдения на основе клинических рекомендаций Задание -на основе актуальных клинических рекомендаций составить чек лист дис- пансерного наблюдения при артериальной гипертензии; сахарном диабете, др. пато- логии по выбору преподавателя, используя шаблон: Таблица. Чек-лист Оценка качества диспансерного наблюдения на основе клиниче- ских рекомендаций по нозологии « »	
		Оцениваемый критерий	
	1.	Диспансерное наблюдение установлено своевременно	
	1.1.		
	2	Минимальная периодичность диспансерных приемов соблюдается	
	2.1.		
	3	Диагноз: - установлен верно -сформулирован верно	
	3.1.		
	4	Лечение эффективно (достижение целевых значений)	
	Примерный перечень практических навыков 1. Провести обзор научной литературы по заданной тематике <i>Клинические кейсы</i> Примерный шаблон кейса:		
	И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУ ТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	У	-	Описать ситуацию из реальной клинической практики
	В	1	Формулировка диагноза, соответствие актуальным клинически рекомендациям
	Э	-	
	В	2	Обследование пациента, соответствие актуальным клинически рекомендациям (с приведением уровня доказательности)
	Э	-	
	В	3	Лечение пациента, соответствие актуальным клиническим рек мендациям (с приведением уровня доказательности)
	О	-	
	В	4	Кратность диспансерного наблюдения (соответствие требован ям приказа МЗ РФ №168
	Э	-	

2.2. Примерные вопросы к экзамену, устному опросу, собеседованию текущего кон- троля

Примерные вопросы к экзамену

1. История и перспективы развития ОВП(СМ) в России и за рубежом
2. Определения специальности, основных характеристик и задач ОВП
3. Определения врача-специалиста и основных компетенций ВОП (СВ)
4. Обязанности ВОП (СВ) для обеспечения качественной клинической практики в ОВП
5. Умение работе с семьей
6. Порядок оказания паллиативной помощи пациентам
7. Проведение профилактических мероприятий обслуживаемому населению.

8. Проведение клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП
9. Проведение лабораторной и инструментальной диагностики в рамках своей компетенции.
10. Показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам
11. Интерпретация данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований
12. Разъяснение пациентам характера исследований и его результаты в доступной форме
13. Неотложная помощь в пульмонологии (астматический статус, легочное кровотечение, тромбоэмболия легочной артерии, спонтанный пневмоторакс).
14. Особенности течения и медикаментозной терапии пневмонии у пожилых больных.
15. Стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Коморбидная патология у больных ХОБЛ: особенности течения и терапии.
16. Медикаментозная терапия бронхиальной астмы.
17. Особенности гемодинамических нарушений при различных ревматических пороках сердца и возможности их коррекции.
18. Возрастные особенности течения ишемической болезни сердца.
19. Роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе ишемической болезни сердца.
20. Методы определения эндотелиальной дисфункции у больных терапевтического профиля.
21. Роль функциональных методов исследования кардиологических больных в оценке сердечно-сосудистого риска.
22. Основные направления лекарственной терапии больных со стенокардией, оказывающих благоприятное влияние на прогноз.
23. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия у больных с острым инфарктом миокарда.
24. Особенности реабилитации кардиологических больных. Санаторно-курортное лечение. показания, противопоказания.
25. Реабилитация травматологических больных: медико-социальные и экономические аспекты.
26. Особенности реабилитации онкологических больных. Паллиативная помощь. Психологическая помощь больным и родственникам.
27. Инвалидность как медико-социальное последствие травматизма.
28. Структура современного реабилитационного центра.
29. Реабилитация больных после перенесенного инсульта. Методы коррекции неврологических нарушений.
30. Доступная среда для инвалидов. Законодательные акты.
31. Реабилитация больных с потерянными конечностями. Современные виды протезов.
32. Психологическая помощь родственникам пациентов. Современное состояние проблемы.
33. Реабилитация речевых нарушений у детей.
34. Организационно-правовые основы, регламентирующие клинику экспертную работу в медицинской организации.
35. Формы учета клинико-экспертной работы в медицинской организации.
36. Что является основанием для установления в медицинской организации должности заместителя главного врача по КЭР?
37. Нетрудоспособность. Виды нетрудоспособности. Степени нетрудоспособности.
38. Нормативные документы, определяющие порядок экспертизы временной нетрудоспособности
39. Приказ МЗ России от 01.09.2020 N 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листка нетрудоспособности, включая порядок формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа». Ключевые требования.
40. Что предусматривает ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»?
41. Роль лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности?
42. Листок нетрудоспособности. Форма документа. Основания для выдачи листка нетрудоспособности.

43. Категории граждан, которым выдается листок нетрудоспособности. Документы, необходимые для выдачи листка нетрудоспособности.
44. Общие принципы профилактики и укрепления здоровья
45. Определение понятия «здоровье», его структура и содержание Факторы, влияющие на здоровье населения, группы здоровья. Факторы риска возникновения распространенных заболеваний
46. Определения понятий «профилактика», «медицинская профилактика», «предболезнь», «болезнь» и «укрепление здоровья»
47. Виды профилактики – первичная, вторичная, третичная Определения понятий «индивидуальная и популяционная профилактика», «популяционная стратегия»
48. Планирование и организация профилактических мероприятий в амбулаторных условиях и в работе участкового врача. Работа в команде (роль медсестер, специалистов, напр., диетологов, врачей лечебной физкультуры и др.).
49. Нормативно-правовые и организационные основы профилактики заболеваний в РФ. Порядок оказания профилактической помощи населению.
50. Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики. Стратегии профилактики.
51. Эпидемиологическая характеристика показателей здоровья населения и разных групп. Методы изучения здоровья (популяционного и индивидуального).
52. Этические и юридические аспекты профилактики
53. Медицинская статистика, заболеваемость, инвалидность, смертность
54. Работа поликлиники. Госпитализация
55. Медицинское обслуживание сельского населения
56. Скорая и неотложная помощь
57. Методы изучения общественного здоровья
58. Механическое и естественное движение населения
59. Основные показатели рождаемости
60. Основные показатели смертности
61. Показатели младенческой смертности
62. Показатель материнской смертности
63. Пневмонии у взрослых в ОВП. Этиопатогенез. Классификация. Клинические и рентгенологические симптомы и признаки. Критерии постановки диагноза. Показания к госпитализации. Рекомендации по лечению амбулаторных пациентов.
64. Бронхиальная астма в ОВП. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические проявления и осложнения. Диагностика. Базисная терапия. Диспансерное наблюдение.
65. Хронические обструктивные заболевания легких в ОВП. Определение понятия. Классификация. Особенности клинической картины. Степени тяжести. Принципы лечения. Диспансеризация. Первичная и вторичная профилактика.
66. Острая ревматическая лихорадка в ОВП: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика первичная и вторичная. Диспансерное наблюдение.
67. Кислотозависимые заболевания в ОВП. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности патогенеза и клиники при язвах различной локализации. Классификация. Диагностика. Организация лечения в ОВП. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
68. Кислотозависимые заболевания в ОВП. ГЭРБ. Классификация. Диагностика. Организация лечения в ОВП. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
69. Синдром раздраженной толстой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Основные принципы лечения.
70. Ишемическая болезнь сердца. Факторы риска. Классификация. Принципы диагностики. Стабильная стенокардия. Организация лечения в ОВП.
71. ИБС: Инфаркт миокарда. Факторы риска. Клинические варианты (типичные и атипичные). Диагностика. ЭКГ- критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение по стадиям. Реабилитация больных.

72. Артериальная гипертензия в ОВП. Факторы риска. Современная классификация. Диагностика. Организация лечения и профилактики в ОВП. Диспансеризация
73. Перечень заболеваний в программе массового скрининга новорожденных.
74. Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни;
75. Физиологические особенности развития ребенка в разных возрастных периодах;
76. Гигиенические и физиологические основы воспитания и обучения детей раннего возраста; физиологические особенности подросткового возраста;
77. Система физического воспитания детей и подростков;
78. Методы контроля за развитием и состоянием здоровья ребенка;
79. Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста
80. Алгоритм медицинского обследования детей на основании многофакторной оценки
81. Физиологические и патологические рефлексы новорожденных, методика определения, сроки угасания
82. Основные этапы развития паллиативной помощи в России
83. Проблемы эвтаназии.
84. Виды эвтаназии.
85. Основные принципы оказания паллиативной помощи.
86. Учреждения, оказывающие паллиативную помощь.
87. Состав бригады по оказанию паллиативной помощи больным.
88. Принцип уважения к жизни умирающего больного и его интерпретация в различные периоды развития общества.
89. Качество жизни больных. Факторы его определяющие.
90. Стандарты простейших сестринских манипуляций
91. Сестринский процесс при лихорадке у больного

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля

1. Определение специальности «общая врачебная практики (семейная медицина)». Определение «общая врачебная практика (семейная медицина)» Европейского отделения Всемирной организации семейных врачей (WONCA) и ее ключевые признаки.
2. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие порядок поэтапного перехода к организации ПМСП по принципу ВОП/СВ в РФ и практическая значимость европейской концепции определения «общая врачебная практика (семейная медицина)».
3. Определение «врач общей практики (семейный врач)». Определение Европейского отделения WONCA «врача общей практики (семейного врача) и его 6 основных профессиональных компетенции.
4. Сферы профессиональной деятельности врача общей практики (семейного врача).
5. Фундаментальные особенности ОВП.
6. Определения «врач общей практики (семейный врач)» в законодательных актах и ведомственных нормативных документах РФ. Квалификационные требования к ВОП/СВ, виды его профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитация пациентов, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, выполнение медицинских манипуляций, организационная работа. Основные функциональные обязанности ВОП/СВ.
7. Практическая значимость для российского здравоохранения европейского определения основных профессиональных компетенции ВОП/СВ.
8. Практическое значение научно обоснованных определений понятий специальности - «общая врачебная практика (семейная медицина) и специалиста - (врач общей практики (семейный врач) для проведения мероприятий реформы организации ПМСП по принципу ВОП/СВ и организации системы подготовки ВОП/СВ.

9. Особенности проведения клинического обследования пациентов с заболеваниями/состояниями в условиях ОВП в зависимости от возраста, пола, у беременных, лежащих пациентов.
10. Особенности проведения лабораторной и инструментальной диагностики в ОВП: правила подготовки пациентов к обследованиям в ОВП
11. Показания к направлению пациентов для проведения соответствующей диагностики к специалистам – взаимодействие с узкими специалистами в ОВП
12. Интерпретация данных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований: правила интерпретации с учетом возраста, пола и др особенностей обследования
13. Разъяснение пациентам характера исследований и его результаты в доступной форме: методы общения с пациентами при сообщении результатов исследования.
14. Атеросклероз. Современное состояние вопроса. Причины и механизм развития. Мероприятия первичной и вторичной профилактики.
15. ИБС. Классификация. Методы расчета степени риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.
16. Хронические гепатиты. Клинико-лабораторные критерии. Стадии и степень активности. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
17. Хронический панкреатит. Классификация. Принципы диагностики. Роль дополнительных методов исследования в постановке диагноза.
18. Язвенная болезнь. Диагностика. Клинические проявления и осложнения язвенной болезни. Показания к госпитализации, тактика ведения пациентов.
19. ХОБЛ. Клинико-лабораторная и инструментальная диагностика. Дифференциальнодиагностический поиск при ХОБЛ.
20. ХОБЛ. Принципы лечения, базисная терапия в соответствии с современной классификацией.
21. ТЭЛА. Этиология. Клинические проявления.
22. ТЭЛА. Принципы лечения. Оценка риска осложнений на фоне терапии.
23. Внебольничная пневмония. Этиология. Классификация. Принципы лечения. Критерии эффективности антибактериальной терапии.
24. Понятие о физической реабилитации. Виды физической реабилитации. Задачи физической реабилитации.
25. Принципы физической реабилитации.
26. Этапы физической реабилитации.
27. Средства физической реабилитации.
28. Особенности метода ЛФК.
29. Клинико-физиологическое обоснование лечебного действия физических упражнений.
30. Механизмы регуляции физиологических функций при воздействии физических средств реабилитации.
31. Основные положительные эффекты физических упражнений.
32. Основные средства ЛФК.
33. Классификация физических упражнений.
34. Какие медицинские работники медицинской организации уполномочены выдавать листок нетрудоспособности? Врач какого медицинского учреждения не имеет права на выдачу ЛН?
35. Каким документом руководствуются врачи при выдаче листка нетрудоспособности?
36. Особенности выдачи и продления листка нетрудоспособности, лицу, получающему медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
37. Особенности выдачи и продления листка нетрудоспособности лицу, получающему медицинскую помощь в стационарных условиях.
38. Какая организация осуществляет проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листка нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти?
39. Какая организационная структура медицинской организации решает вопрос о дальнейшем лечении и выдачи листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней?

40. На какой максимальный срок врачебная комиссия может продлить листок нетрудоспособности при неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе?
41. При каком нарушении здоровья врачебная комиссия может продлить листок нетрудоспособности на срок до 12 месяцев?
42. С какого дня выдается листок нетрудоспособности при наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания?
43. Выдается ли листок нетрудоспособности в случае нахождения пациента в санатории и на какой срок?
44. На каком сроке беременности выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам при одноплодной, многоплодной беременности?
45. На какой срок выдается женщине листок нетрудоспособности при ее заболевании в период, когда она находилась в послеродовом отпуске?
46. На какой срок выдается инвалиду 3 группы листок нетрудоспособности в связи с присоединившимся заболеванием или обострением заболевания, которое явилось причиной инвалидности?
47. Концепция ФР как научная основа и ключевой элемент стратегии профилактики. Стратегия профилактики.
48. Понятие о суммарном риске.
49. Факторы риска: определение. Модифицируемые и немодифицируемые факторы риска ХНИЗ. Что такое суммарный кардиоваскулярный риск? Понятие об абсолютном и относительном риске.
50. Калькуляторы риска. Система оценки суммарного кардиоваскулярного риска по шкале SCORE. Методика использования. Практические аспекты.
51. Различная тактика ведения пациентов в зависимости от величины риска. Понятие о целевых уровнях факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. Основные цели профилактики в клинической практике.
52. Эпидемиологическая характеристика показателей здоровья населения и разных групп. Методы изучения здоровья (популяционного и индивидуального)
53. Методика анализа годового отчета объединенной больницы
54. Анализ работы поликлиники
55. Показатели эффективности диспансерного наблюдения
56. Статистические показатели заболеваемости, трудопотерь. Показатели госпитализации
57. Деятельность стационара. Использование коечного фонда стационара
58. Качество врачебной диагностики в поликлинике и стационаре
59. Количественные показатели (коэффициенты), характеризующие КМП по результатам экспертизы и анкетирования
60. Анализ использования основных фондов лечебного учреждения
61. Показатели, рекомендуемые для проведения анализа экономической деятельности поликлиники
62. Обновление основных фондов. Анализ финансовых расходов учреждений здравоохранения
63. Гипертонический криз. Классификация. Диагностика и организация лечения и профилактики в ОВП.
64. Диагностика и неотложные мероприятия при шоке и коллапсе в ОВП.
65. Подагра в ОВП. Этиология. Клиника. Диагностика. Организация лечения ВОП. Классификация.
66. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Клиника. Организация лечения в ОВП. Профилактика.
67. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Основные принципы лечения.
68. Инфекции мочевых путей. Классификация. Острый и хронический пиелонефрит. Принципы лечения ВОП.
69. Дифференциальная диагностика при суставном синдроме.
70. Остеоартроз. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП.

71. Ревматоидный артрит в ОВП. Клиника. Классификация. Организация лечения в ОВП.
72. Физиологические особенности развития ребенка дошкольного возраста
73. Гигиенические и физиологические основы воспитания и обучения детей дошкольного возраста;
74. Методы контроля за развитием и состоянием здоровья ребенка дошкольного возраста;
75. Оценка нервно-психического развития детей дошкольного возраста
76. Алгоритм медицинского обследования детей на основании многофакторной оценки. Профилактика и уход при пролежнях
77. Синдром боли: классификация, медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции
78. Особенности диеты у стомированного больного
79. Уход за трахеостомой
80. Уход за колоностомой
81. Техника промывания желудка.
82. Постановка очистительной клизмы.
83. Постановка сифонной клизмы.
84. Постановка лечебной клизмы.
85. Гигиенический уход за «лежачим» больным.

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:

«отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на $\frac{2}{3}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на $\frac{1}{2}$ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

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 кейса

Сумма баллов 8-7 баллов – **оценка «отлично»;**

6-5 – **«хорошо»**

4 – **«удовлетворительно»**

3 и менее – **«неудовлетворительно».**

Критерии оценки презентации с клиническим разбором:

«зачтено» - обучающийся представил презентацию с клиническим разбором, соответствующую заявленной теме и продемонстрировал умение кратко изложить информацию по жалобам пациен-

та, анамнезам, объективному статусу, формулировке диагноза, лечению и профилактике с учетом биопсихосоциальной модели заболевания, показал умение работать с семьей пациента, вовлечь членов семьи в процесс постановки диагноза и контроля лечения.

«не зачтено» -обучающийся представил презентацию с клиническим разбором, не соответствующую заявленной теме или не продемонстрировал умение кратко изложить информацию по жалобам пациента, анамнезам, объективному статусу, формулировке диагноза, лечению и профилактике или представил информацию без учета биопсихосоциальной модели заболевания, не показал умение работать с семьей пациента, вовлекая членов семьи в процесс постановки диагноза и контроля лечения.

Оценочный лист презентации с клиническим разбором

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

ФИО _____ Дата _____

Пациент, диагноз _____

Критерии оценки

№ п / п	Оцениваемые критерии	Балл от 0 до 2	Максимально возможный балл	Набранный балл
1.	Сбор жалоб, анамнеза пациента, анализ представление полученных данных	0 1 2	2	
2.	Оценка объективного статуса, анализ и представление данных о пациенте	0 1 2	2	
3.	Оценка результатов лабораторных и инструментальных методов обследований	0 1 2	2	
4.	Умение выделять факторы риска пациента	0 1 2	2	
5.	Разработка комплексного плана ведения пациентов: 1) Полнота, правильность формулировки диагноза (в соответствии с КР); 2) Целевые уровни мониторируемых показателей состояния здоровья (Приказ Минздрава РФ №168-н от 17.05.2012)	0 1 2 2	5	

ми 2 балла – критерий выполнен полностью			
Оценка: «5» - 14 - 15 баллов «4» - 12 - 13 баллов «3» - 10 - 11 баллов «2» - 9 и менее баллов			

Комментарии: _____

 Преподаватель

 Подпись

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 в процессе изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по окончании 1 и 2-го семестра. 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 промежуточной аттестации, 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	71

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 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

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 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 (если промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Отделом подготовки кадров высшей квалификации 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 подготавливаются необходимые оценочные материалы для оценки знаний, умений, навыков.

Описание проведения процедуры:

Каждый обучающийся, принимающий участие в процедуре, делает доклад клинического случая с помощью презентации, в котором демонстрируются практические навыки ординатора и даёт устные развернутые ответы на поставленные в вопросы, если они появляются в ходе доклада у преподавателя и других ординаторов в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности клинического случая, количества вопросов и других факторов.

Результат собеседования в виде презентации с разбором клинического случая 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 зачётные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

Собеседование может проводиться по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Представление презентации с клиническим разбором пациента.

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.3. 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 (модуля).

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.

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Кировская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ФИО _____ Дата _____

Оценочный лист к практическому навыку
«Техника регистрации ЭКГ в 12 отведениях у взрослого пациента»

№ п / п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию			
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование	2	
2.	Оценил состояние пациента	2	
3.	Оценил окружающую обстановку	1	
II. Выполнение исследования			
*4.	Проверил безопасность выполнения исследования: работу аппарата ЭКГ, включение в сеть, наличие контактов с электродами, заземлил аппарат и удостоверился в целостности электропроводящих элементов.	2	
5.	Подготовил больного к исследованию: положил в горизонтальное положение на спину, попросил оголить запястья, голени и грудь.	2	
6.	Наложил на электроды электропроводное средство, прикреплел электроды к пациенту	2	
7.	Установил скорость движения бумаги. Сделал калибровочный сигнал (контрольный милливольт).	2	
8.	В правильной последовательности в каждом отведении записал не менее 4-5 комплексов PQRS	2	
9.	По окончании регистрации ЭКГ в 12 отведениях на ленте записи ЭКГ написал фамилию, имя и отчество пациента, его возраст, дату и время исследования,	2	
10.	Обесточил аппарат, снял электроды	2	
III. Окончание исследования			
11.	Убедиться, что пациент чувствует себя комфортно	2	
	Максимальный балл	21	
	Оценка: «5» - 19 - 21 баллов «4» - 17 - 18 баллов «3» - 15 - 16 баллов «2» - 14 и менее баллов		

* - Не выполнение пунктов отмеченных звездочкой автоматически ведет к прекращению выполнения манипуляции и неудовлетворительной отметке.

Комментарии: _____

Эксперт _____

Подпись _____

**Оценочный лист к практическому навыку
«Исследование остроты зрения с помощью визометрических таблиц»**

№ п / п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию			
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на исследование	2	
2.	Оценил состояние пациента	2	
3.	Оценил окружающую обстановку	2	
II. Выполнение исследования			
4.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул на расстоянии 5 м от таблицы, попросил фиксировать взгляд по просьбе врача, во время исследования не прищуривать глаза	2	
5.	Во время исследования оба глаза должны быть открыты. Глаз, который в данный момент не исследуется, заслоняют щитком. Проводят исследование сначала правого (OD), затем левого (OS) глаза. На знак таблицы указывают в течение 2–3 секунд. Следят за тем, чтобы указка не мешала пациенту читать знаки.	2	
6.	Остроту зрения оценил по тому ряду, где были правильно названы все знаки. Допускается неправильное распознавание одного знака в рядах, соответствующих остроте зрения 0,3-0,6, и двух знаков в рядах 0,7-1,0, но тогда после записи остроты зрения в скобках указывают, что она неполная.	2	
7.	Записал данные остроты зрения: Visus OD =.....; Visus OS = ...	2	
8.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов	2	
III. Окончание исследования			
9.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации: после процедуры отдых 2-3 минуты.	2	
	Максимальный балл	18	
	Оценка: «5» - 17 - 18 баллов «4» - 15 - 16 баллов «3» - 13 - 14 баллов «2» - 12 и менее баллов		

Оценочный лист к практическому навыку «Подбор очков»

№ п / п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию			

1.	Объяснил пациенту ход процедуры, убедился, что он ее понимает, получил его согласие на процедуру	2	
2.	Оценил состояние пациента	2	
3.	Оценил окружающую обстановку	2	
II. Выполнение исследования			
4.	Подготовил больного к процедуре: посадил на стул на расстоянии 5 м от таблицы для проверки остроты зрения.	2	
5.	Надел пробную оправу на пациента, перед левым глазом в оправу поместил заслонку. Перед исследуемым глазом поочередно помещал сферические линзы, вначале слабую положительную (+0,5), затем слабую отрицательную (-0,5), каждый раз спрашивал пациента об улучшении(ухудшении) зрения.	2	
6.	Если пациент отметил улучшение зрения от приставления одной из линз, то силу линзы увеличивал на 0,5 D, до того момента, когда пациент прочел 10-ю строку таблицы Сивцева (что соответствует остроте зрения 1,0), либо до того момента, когда последующая линза дала остроту зрения ниже, чем предыдущая.	2	
7.	Записал ход исследования: Стекло, дптр Острота зрения + (-) 0,5 D + (-) 1,0 D	2	
8.	Записал результат определения рефракции. Замерил расстояние между центрами зрачков.	2	
9.	Провел пробное ношение очков		
10.	Выписал рецепт на очки	2	
11.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов	2	
III. Окончание исследования			
12.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации: после процедуры отдых 2-3 минуты.	2	
	Максимальный балл	24	
	«5» - 22- 24 баллов «4» - 19- 21баллов «3» - 15 - 18 баллов «2» - 14 и менее баллов		

Комментарии: _____

Эксперт

Подпись

№ п / п	Критерии оценки	Максимальный балл	Полученный балл
I. Подготовка к исследованию			
1.	Объяснил пациенту ход исследования, убедился, что он его понимает, получил его согласие на исследование	2	

2.	Оценил состояние пациента	2	
3.	Оценил окружающую обстановку	2	
II. Выполнение исследования			
4.	Подготовил отоскоп к работе: собрал отоскоп, проверил его работу.	2	
5.	Подготовил больного к исследованию: посадил на стул, повернул голову пациента в удобное для исследования положение.	2	
6.	Начал исследование со здорового уха для сравнения его с заболевшим. При осмотре правого уха ушную воронку или отоскоп ввел правой рукой в наружный слуховой проход.левой рукой, взявшись I и II пальцами за завиток ушной раковины, осторожно оттянул верхнюю часть ушной раковины назад, кнаружи и вверх. Глаз исследователя и просвет наружного слухового прохода находятся на одной плоскости. При осмотре левого уха ушную раковину оттянул правой рукой, а воронку ввел пальцами левой руки.	2	
7.	Осмотрел наружный слуховой проход и барабанную перепонку. Дал заключение согласно протоколу отоскопического исследования	2	

8.	Дал пояснения о полученных данных исследования пациенту на доступном ему языке и без применения медицинских сленгов	2	
III. Окончание исследования			
9.	Убедился, что пациент чувствует себя комфортно. Дал рекомендации пациенту: после процедуры отдых в течение 2-3 минут.	2	
	Максимальный балл	18	
	Оценка: «5» - 16 - 18 баллов «4» - 15 - 17 баллов «3» - 13 - 14 баллов		

Оценочный лист к практическому навыку «Отоскопия у взрослого

пациента»

Комментарии: _____

Эксперт		Подпись		
	Задание			
	Алгоритм техники обработки рук			
	Оценочный лист «Техника обработки рук»			
№	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ	МАКСИМАЛЬНЫЙ БАЛЛ	ПОЛУЧЕННЫЙ БАЛЛ
1	Оценить правильный внешний вид	Иметь коротко подстриженные ногти, отсутствие следов лака на ногтях, искусственных ногтей, убедиться в отсутствии на пальцах рук и запястьях ювелирных украшений	2	
2	Смочить руки	Открыть воду локтевым смесителем, смочить кисти обеих рук, закрыть воду локтевым смесителем	2	
3	Нанести мыльный состав после смачивания рук	Выдавить мыло с антисептиком из локтевого дозатора на ладонь одной руки, распределить антисептическое мыло на всю поверхность кистей обеих рук	2	

4	Правильно обработать руки мыльным составом	Тереть ладонь о ладонь, тереть ладонью одной руки о тыл кисти другой руки с обработкой межпальцевых поверхностей, повторить движение, поменяв руки местами, тереть ладонь о ладонь с обработкой межпальцевых поверхностей, тереть ногтевые ложа одной руки о ладонь другой, повто-	2	
		рять движение, поменяв руки местами, обхватив большой палец одной руки ладонью другой, тереть его вращательными движениями, повторить движение, поменяв руки местами, тереть кончиками пальцев одной руки середину ладони другой, повторить движение, поменяв руки местами, соблюсти продолжительность обработки рук мылом с антисептиком не менее 30, не более 60 сек		
5	Правильно завершить обработку рук	Открыть локтем воду локтевым смесителем, смыть состав с рук в направлении от кончиков пальцев до запястья, закрыть локтем воду локтевым смесителем, вытереть руки насухо одноразовым полотенцем, утилизировать полотенце в отходы класса А	2	
	Оценка			
	«5» - 9 - 10 баллов «4» - 8 - 9 баллов «3» - 7 - 8 баллов «2» - 6 и менее баллов			

* - Не выполнение пунктов отмеченных звездочкой автоматически ведет к прекращению выполнения манипуляции и неудовлетворительной отметке.

	Задание
	Алгоритм врачебного обследования хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях

Оценочный лист «Врачебное обследование хирургического больного в амбулаторно-поликлинических условиях»				
№	Алгоритм действий	Критерий соответствия	Максимальный балл	Полученный балл
11*	Установление контакта с пациентом	Поздороваться, представить-ся, обозначить свою роль, предложить присесть	2	
22	Идентификация пациента	Попросить пациента представиться, чтобы сверить с мед.документацией	2	
33*	Информированное согласие пациента	Рассказ о процедуре, вопросы о согласии и о наличии вопросов	2	
44	Подготовка оборудования	Заранее убедиться, что всё необходимое есть в наличии	2	
55	Правильная обработка рук	Не менее 30 сек, ладони, тыл	2	
	мыльным составом и правильное завершение обработки рук	ладоней, межпальцев, ногтевые ложки ладони, большой палец, кончики пальцев о центр ладони, не касаться крана, одноразовое полотенце, утилизация полотенца		
66*	Сбор жалоб, анамнеза заболевания, жизни.	Детально собраны жалобы пациента, уточнен характер жалоб, их локализация, хронология течения заболевания. Учтены все особенности сбора анамнеза жизни.	2	
7	Правильное позиционирование пациента	Предложил пациенту пройти за ширму, раздеться	2	
8	Объективное обследование		5	

8. 1	Общий осмотр	Начал с общего осмотра больного. Отметил положение больного. Определил окраску кожных покровов. Обратил внимание на пигментацию кожи, влажность, тургор и эластичность. Фиксировал признаки нарушения кровообращения в коже и повреждения, расчесы, кожные рубцы, их положение, размеры. Отметил состояние вен, наличие трофических язв на голени, крестце, стопах. Подробно определил состояние слизистых оболочек глаз, губ, зева, полости рта; их цвет. Состояние подкожной жировой клетчатки, наличие отеков, состояние лимфатических узлов по областям; развитие мышечной ткани; изменения костей (деформации, искривления, укорочения) и суставов. Провел подсчет ЧДД, пульса. Произвел измерение АД, температуры тела.	1	
8. 2	Пальпация	Правильно провел пальпацию, начал с здоровой стороны. При пальпации отметил выраженность мышечного напряжения, патологические образования, болевые точки, признаки раздражения брюшины, увеличенные лимфатические узлы.	1	
8. 3	Перкуссия	Правильно провел сравнительную и топографическую перкуссию: в симметричных точках спереди, сбоку, сзади.	1	

8.4	Аускультация	Провел аускультацию в со-ответствующих точках лег-ких, сердца, крупных сосу-дах, кишечнике.	1	
8.5	Оценка локального статуса	Правильно оценил локаль-ный статус, были учтены все особенности.	1	
9	Предложить пациен-ту одеться	Предложил пациенту одеть-ся	2	
10	Завершение	Утилизировал отходы в со-ответствующие классы. Обработал руки гигиениче-ским способом. Дал заключение по состоя-нию здоровью пациента, ре-комендации. Заполнил необ-ходимую документацию.	2	
	Оценка			
	«5» - 20 -23 баллов «4» - 15 - 19 баллов «3» - 11 - 14 баллов «2» - 10 и менее баллов			

Задание				
Алгоритм первичной хирургической обработки поверхностной раны				
Оценочный лист «Первичная хирургическая обработка поверхностной раны»				
№	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТСТВИЯ	МАКСИМАЛЬНЫ Й БАЛЛ	ПОЛУЧЕННЫ Й БАЛЛ
1*	Создание комфортных и без-опасных условий осмотра	Плотно закрыть дверь или поме-стить пациента за ширму на время манипуляции	2	
2	Придание пациенту исходного положения	Лежа на спине или на животе	2	

3	Правильно подготовле но оснащение	1) шприцы 5-10 мл с иглами длиной 5-12 см, диаметром 1-2 мм; 2) раствор анестетика; 3) стерильный лоток; 4) стерильные остроконечный и брюшистый скальпель; 5) стерильные анатомический и хирургический пинцеты, крючки Фарабефа, ранорасширитель; 6) кровооста- навливающие зажимы (4-5 за- жимов Бильрота, 1-2 зажима Кохера, 2 москита); 7) костные распаторы и кусачки; 8) кожные иглы (круглые и режущие) со стерильным шовным материа- лом (капрон, лавсан, различные атравматические нити); 9) изото- нический раствор хлорида натрия, антибиотики широкого	2	
		спектра действия, водораство- римая мазь с антибиотиком; 10) перевязочный материал, ватные тампоны, операционное белье; 11) бельевые цапки, корнцанг, 12) антисептический раствор; 13) ножницы (прямые, изогнутые и сосудистые); 14) дренажные трубки; 15) стерильные перчатки		
4*	Правильная подготовка рук врача к проведению исследо- вания	Руки обработаны хирургическим способом и надеты перчатки	2	
5	Техника выполнения		6	
5.1	Наружная обработка раны	сильно загрязненную рану про- мывают раствором антисептика или 0,9% раствором NaCl, с ко- жи вокруг раны удаляют загряз- нения, кровь и сбивают волосы на расстоянии около 10-12 см. Кожу обтирают салфетками и обрабатывают настойкой йода.	2	

5.2	Местная анестезия	Ограничивают операционное поле стерильным бельем или салфетками, производят местную анестезию (нельзя вкалывать иглу через раневую поверхность во избежание инфицирования). Местная инфильтрационная анестезия раствором анестетика (с учетом индивидуальной переносимости); общая анестезия.	2	
5.3	Внутренняя обработка раны	Рассекают ткани по ходу раневого канала: кожу, подкожную жировую клетчатку, фасции, апоневроз. Нежизнеспособные ткани удаляют окаймляющим разрезом. Производят гемостаз. Крючками раздвигают края раны. Производят ревизию содержимого раны, удаляют сгустки крови, инородные тела, свободно лежащие костные фрагменты. Иссекают разможенные нежизнеспособные мышцы. Промывают рану растворами перекиси водорода, антисептиков. Производят гемостаз.	2	
6	Завершение процедуры	Для обеспечения свободного оттока отделяемого при глубоких ранах накладывают контрпертуру (противоотверстие) в противоположном углу раны, проходя при этом мягкие ткани тупо, а кожу рассекая над кровотоком останавливающим зажимом;	2	
		через нее выводят дренажную трубку с боковыми отверстиями. Рану присыпают антибиотиком и (или) обкалывают 0,25 % раствором анестетика с антибиотиком. Накладывают швы, вводят дренажную трубку или тампоны с мазью.		
	Оценка			
	«5» - 14 - 16 баллов «4» - 11 - 13 баллов «3» - 8 - 10 баллов «2» - 7 и менее баллов			

* - Не выполнение пунктов отмеченных звездочкой автоматически ведет к прекращению выполнения манипуляции и неудовлетворительной отметке.

Оценка: _____

	ФИО соискателя _____	Дата _____

Задание				
Алгоритм проведения местной инфильтрационной анестезии				
Оценочный лист «Местная инфильтрационная анестезия»				
№	АЛГОРИТМ ДЕЙ- СТВИЙ	КРИТЕРИЙ СООТВЕТ- СТВИЯ	МАКСИМАЛЬНЫ Й БАЛЛ	ПОЛУЧЕНН ЫЙ БАЛЛ
1*	Подготовить необхо- димое оснащение (проверить наличие)	•Раствор местного ане- стетика (н-р, Новокаин 0,25% — до 500 мл, Но- вокаин 0,5% — до 250 мл) •стерильный лоток •марлевые салфетки •два пинцета •шприц 20 мл •иглы инъекционные для внутримышечной инъек- ции •1% раствор йодоната •70% раствор этилового спирта •резиновые перчатки	2	
2*	Подготовка пациента	Получение информиро- ванного согласия паци- ента. Позиционирование пациента.	2	
3*	Подготовка рук врача к проведению иссле- дования	Обработать руки гигие- ническим способом, надеть перчатки	2	
4	Подготовка рабочего поля	Обработать 2 раза кожу стерильной марлевой салфеткой на пинцете сначала с йодонатом, потом со спиртом от центра к периферии	2	

5	Обезболивание кожи	• Набрать в шприц раствор местного анестетика • Вести инъекционную иглу внутрикожно • Ввести медленно анестетик до образования «лимонной корочки»	2	
6*	Расширение области обезболивания	Продвинуть иглу вглубь тканей послойно (подкожно, внутримышечно) и ввести анестетик	2	
7	Завершение манипуляции	Удалить иглу и проводить манипуляцию через 3-5 минут	2	
	Оценка			
	«5» - 12 - 14 баллов «4» - 10 - 11 баллов «3» - 8 - 9 баллов «2» - 7 и менее баллов			

Комментарии: _____

ФИО Эксперт _____

Подпись _____

3.4 Методика клинических кейсов

Примерный шаблон кейса		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Выделите семейные факторы, которые могут повлиять на клиническую ситуацию
В	1	Выделите факторы риска, суммарный СС риск.
Э	-	
В	2	Тактика врача по дальнейшему ведению пациента. Рекомендации для семьи.
Э	-	
В	3	Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья
Э	-	
В	4	Целевые показатели факторов риска
Э	-	
Задание состоит из следующих элементов: У – составить условие задачи В - Вопросы, их количество равно 4 По каждому вопросу необходимо: Э - описать эталон ответа, сделав ссылку на актуальные приказы МЗ РФ или клинические/методические рекомендации МЗ РФ. По вопросам может быть 3 варианта оценки: ○ 2 балла (правильный обоснованный ответ), ○ 1 балл (частично правильный или неполный ответ),		

- 0 баллов (неверный ответ или ответ отсутствует).

Составители: М.С. Григорович, Е.Ю. Вычугжанина

Зав. кафедрой М.С. Григорович