

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Железнов Лев Михайлович

Должность: ректор

Дата подписания: 24.06.2018

Уникальный программный ключ:

7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

УТВЕРЖДАЮ

И.о. ректора Л.М. Железнов

«27»июня 2018 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

### **«Поликлиническая терапия»**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

- 1) ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного Министерством образования и науки РФ «09» февраля 2016 г., приказ № 95
- 2) Учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии «27» июня 2018 г. (протокол № 9)

Заведующий кафедрой М.С. Григорович

Ученым советом лечебного факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета И.А. Частоедова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

**Разработчики:**

Зав. кафедрой семейной медицины  
и поликлинической терапии профессор М.С. Григорович

Профессор кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии С.Ф. Гуляева

Доцент кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии Е.Ю. Вычугжанина

Доцент кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии Т.В. Жолобова

Доцент кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии Н.С. Максимчук-Колобова

**Рецензенты**

Зав. кафедрой поликлинической терапии, общей врачебной практики и профилактической медицины ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России  
д.м.н., профессор Г.Н. Шеметова

Зав. кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России,  
д.м.н., профессор Е.Н. Чичерина

## 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. Виды профессиональной деятельности	5
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	9
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	10
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	10
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами/практиками/ГИА	13
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	13
3.4. Тематический план лекций	14
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	21
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	28
3.7. Лабораторный практикум (не предусмотрен)	29
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ (не предусмотрены)	29
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	30
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	30
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	30
4.2.1. Основная литература	30
4.2.2. Дополнительная литература	30
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	31
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	31
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	32
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	34
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	36
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	36

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

### **1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)**

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

### **1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)**

#### **В рамках подготовки к медицинской деятельности:**

- формирование практических навыков, направленных на предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- обучение проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
  - привитие навыков диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов в условиях поликлиники;
  - обучение проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
- обучение оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- назначение обследования, лечения, диспансерного наблюдения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.
- совершенствование навыков оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- решение вопроса о проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- способствование приобретению профессиональных навыков, нацеленных на формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- формирование практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача - терапевта участкового в условиях поликлиники и на дому;
- совершенствование технологии амбулаторного приема и коммуникативных навыков, соблюдение деонтологических аспектов в работе с пациентами;
- определение медицинских показаний к госпитализации пациентов в стационары и маршрутизация при направлении на консультации в специализированные и иные медицинские организации;

### **1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:**

Дисциплина «Поликлиническая терапия» относится к блоку Б1 Дисциплины базовой части.

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

Знания, полученные в ходе освоения дисциплины, необходимы для прохождения клинической практики Помощник врача амбулаторного поликлинического учреждения, государственной итоговой аттестации.

#### 1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются: физические лица (пациенты); население; совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

#### 1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности: медицинская.

#### 1.6. Формируемые компетенции выпускника

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

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
	<b>ПК - 2</b>	способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	З1. Знать принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов	У1. Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	В1. Методами ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	Собеседование по ситуационным задачам; тестирование письменное; индивидуальные домашние задания; амбулаторный приём пациентов, защита	Тестирование. Устное собеседование. Прием практических навыков.

			32. Принципы предупреждения возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний.	У2. Осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни.	В2. Оценивать эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными.	медицинской карты пациента	
			33. Организацию флюорографических осмотров взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза;	У3. Организовать и провести флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза;	В3. Методикой проведения флюорографических осмотров взрослого населения и подростков с целью раннего и своевременного выявления туберкулеза.		

			<p>34. Методические подходы к формированию навыков здорового образа жизни; основы профилактической медицины, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; приоритеты диспансерного метода в работе врача первичного звена</p>	<p>У4. Проводить с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее встречающихся заболеваний; пропагандировать здоровый образ жизни; распределять больных по диспансерным группам с учетом состояния здоровья; определять эффективность проведенных мероприятий.</p>	<p>В4. Составлением программ диспансеризации, осуществлением контроля за ее выполнением; алгоритмом выписывания рецепта амбулаторному больному (с учетом социальных прав); методикой составления оздоровительных и реабилитационных программ по коррекции физического развития и профилактическому лечению согласно федеральным и региональным стандартам.</p>		
	<b>ПК - 7</b>	<p>готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</p>	<p>31. Вопросы экспертизы нетрудоспособности; правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации</p>	<p>У1. Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; выписать рецепт</p>	<p>В1. Навыками ведения медицинской документации в соответствии с требованиями</p>	<p>Собеседование по ситуационным задачам; тестирование письменное; индивидуальные домашние задания; защита медицинской карты амбулаторно-</p>	<p>Тестирование. Устное собеседование. Прием практических навыков.</p>

			32. Нормативно-правовую базу врачебной экспертизы трудоспособности	У2. Оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	В2. Методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	го пациента	
	<b>ПК - 9</b>	готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	34. Стандарты и протоколы при лечении различных нозологических форм заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	У4. Осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	В4. Способностью к назначению адекватного лечения больным в соответствии с выставленным диагнозом.	Собеседование по ситуационным задачам; тестирование письменное; защита медицинской карты амбулаторного пациента	Тестирование. Устное собеседование. Прием практических навыков.



			35. Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой	У5. Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов	В5. Алгоритм постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту		
--	--	--	---	---	--	--	--

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

Общая трудоемкость дисциплины составляет 12 зачетных единиц, 432 часа.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№ 9	№ 10	№ 11	№ 12
1	2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)	<b>264</b>	72	60	60	72
в том числе:					
Лекции (Л)	50	12	14	24	-
Практические занятия (ПЗ)	214	60	46	36	72
Самостоятельная работа (всего)	<b>132</b>	36	12	48	36
В том числе:					
Заполнение медицинской карты амбулаторного пациента (МКАП)	14	4	2	4	4
Направление на МСЭ	16	4	4	4	4
Подготовка к занятиям (ПЗ)	83	24	3	32	24
Подготовка к текущему контролю (ПТК))	8	2	2	2	2
Подготовка к промежуточному контролю (ППК)	11	2	1	6	2
Вид промежуточной аттестации	Зачет			зачет	
	экзамен	3			3
	контактная работа (ПА)				

		самостоятельная работа	<b>33</b>				33
Общая трудоемкость (часы)			<b>432</b>	108	72	108	144
Зачетные единицы			<b>12</b>	3	2	3	4

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

#### 3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Темы разделов
	2	3	4
1.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	1. Введение в дисциплину «Поликлиническая терапия»	<p><b>ДЕ (тема) 1.1:</b> История становления поликлинической дисциплины. Задачи и должностные обязанности участкового терапевта.</p> <p><b>ДЕ (тема) 1.2:</b> Организация работы врача первичного звена на современном этапе модернизации здравоохранения. Содержание работы, права и обязанности врача-терапевта участкового. Вопросы преемственности в работе врача терапевта участкового.</p> <p><b>ДЕ (тема) 1.3:</b> Делопроизводство участкового врача. Учетно-отчетная документация. Особенности оформления и ведения документации в поликлинике.</p> <p><b>ДЕ (тема) 1.4:</b> Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях. Работа процедурного кабинета.</p> <p><b>ДЕ (тема) 1.5:</b> Работа с медицинской картой амбулаторного пациента, направлением на МСЭ, защита.</p>
2.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	2. Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.	<p><b>ДЕ (тема) 2.1:</b> Научно-обоснованные принципы современной диспансеризации и диспансерного наблюдения.</p> <p><b>ДЕ (тема) 2.2:</b> Профилактика и ранняя диагностика онкозаболеваний в амбулаторно – поликлинической практике.</p> <p><b>ДЕ (тема) 2.3:</b> Общие вопросы диспансеризации и профилактического медицинского осмотра.</p> <p><b>ДЕ (тема) 2.4:</b> Доклиническая диагностика и профилактика ХНИЗ в амбулаторно – поликлинической практике. Роль центров здоровья. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно – сосудистым риском. Работа в центре здоровья.</p> <p><b>ДЕ (тема) 2.5:</b> Организация профилактического консультирования в амбулаторно поликлинической практике. Роль центра здоровья и отделения медицинской профилактики.</p> <p>Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.</p> <p><b>ДЕ (тема) 2.6:</b> Профилактика и ранняя диагностика онкозаболеваний. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.</p> <p><b>ДЕ (тема) 2.7:</b> Диспансерный метод в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Курортотерапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.</p>
3.	ПК-7	3. Экспертиза нетрудоспособности в поликлинической практике	<p><b>ДЕ (тема) 3.1:</b> Клинико-экспертная работа и принцип МСЭ в амбулаторной практике.</p> <p><b>ДЕ (тема) 3.2:</b> Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике.</p> <p><b>ДЕ (тема) 3.3:</b> Экспертиза временной нетрудоспособности. Ошибки в практике участкового врача.</p> <p><b>ДЕ (тема) 3.4:</b> Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности.</p>

			<p><b>ДЕ (тема) 3.5:</b> Вопросы экспертизы нетрудоспособности пациентов в работе врача – терапевта участкового</p> <p><b>ДЕ (тема) 3.6:</b> Основы экспертизы временной нетрудоспособности.</p>
4.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	4. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов дыхания.	<p><b>ДЕ (тема) 4.1.</b> Ведение пациентов с острыми респираторными инфекциями и пневмонией в условиях поликлиники</p> <p><b>ДЕ (тема) 4.2:</b> Амбулаторно-поликлинические особенности ведения пациентов с обструктивными заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ).</p> <p><b>ДЕ (тема) 4.3:</b> Острые респираторные инфекции. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика</p> <p><b>ДЕ (тема) 4.4.</b> Грипп в амбулаторной практике. Осложнения гриппа. Медицинская экспертиза. Особенности ведения разных категорий пациентов. Профилактика, вакцинация от гриппа.</p> <p><b>ДЕ (тема) 4.5:</b> Пневмонии в амбулаторной практике. Преимущество амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение.</p> <p><b>ДЕ (тема) 4.6:</b> Амбулаторное ведение пациентов с бронхиальной астмой. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.</p> <p><b>ДЕ (тема) 4.7:</b> Хронический необструктивный бронхит. ХОБЛ. Особенности ведения пациентов в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.</p>
5.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	5. Поликлиническая тактика ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	<p><b>ДЕ (тема) 5.1:</b> Тактика ведения пациентов с миокардитом в амбулаторной практике. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших миокардит.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.2:</b> Оптимизация тактики ведения пациентов с артериальной гипертензией (от общих принципов к конкретному пациенту) в амбулаторных условиях.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.3:</b> Ишемическая болезнь сердца. Тактика ведения пациентов в поликлинических условиях: диспансерное наблюдение пациентов с ИБС, стенокардией и перенесших операции на сердце и сосудах.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.4:</b> Острый коронарный синдром. Алгоритм помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ИБС, ПИКС.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.5:</b> Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза в амбулаторной практике.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.6:</b> Аритмии и блокады сердца. Тактика врача поликлиники при выявлении пациента с аритмическим синдромом.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.7</b> Алгоритм и тактика ведения пациентов с сердечной недостаточностью в амбулаторной практике. Медицинская экспертиза, профилактика, диспансерное наблюдение.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.8:</b> Амбулаторное ведение пациентов с миокардитом, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.9:</b> Алгоритм диагностики АГ, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.10:</b> Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с АГ, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.11:</b> Амбулаторное ведение пациентов с ИБС, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.12:</b> Острый коронарный синдром. ИМ, выявление, тактика ведения, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация пациентов с острым коронарным синдромом.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.13:</b> Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Поликлинический этап.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.14:</b> Аритмии. Тактика врача поликлиники при выявлении пациента с аритмическим синдромом.</p>

			<p><b>ДЕ (тема) 5.15:</b> Неотложные состояния в кардиологии: тромбоэмболия легочной артерии, гипертонический криз, кардиогенный шок, острая левожелудочковая сердечная недостаточность, острая сосудистая недостаточность,. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях.</p> <p><b>ДЕ (тема) 5.16</b> Амбулаторное ведение больных с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.</p>
6.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	6. Поликлиническая тактика ведения пациентов ревматологического профиля.	<p><b>ДЕ (тема) 6.1:</b> Патология опорно-двигательного аппарата и метаболический синдром в амбулаторно-поликлинической практике..</p> <p><b>ДЕ (тема) 6.2:</b> Амбулаторное ведение пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и метаболическим синдромом. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.</p>
7,	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	7. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения.	<p><b>ДЕ (тема) 7.1:</b> Синдром болей в животе и диспепсический синдром в амбулаторно-поликлинической практике</p> <p><b>ДЕ (тема) 7.2:</b> Заболевания желчевыводящих путей и печени в амбулаторно-поликлинической практике</p> <p><b>ДЕ (тема) 7.3:</b> Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной диспепсией в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности..</p> <p><b>ДЕ (тема) 7.4:</b> Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями кишечника в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.</p> <p><b>ДЕ (тема) 7.5:</b> Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.</p>
8.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	8. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы.	<p><b>ДЕ (Тема) 8.1:</b> Мочевой синдром и хроническая болезнь почек в амбулаторно-поликлинической практике.</p> <p><b>ДЕ (Тема) 8.2:</b> Амбулаторное ведение пациентов с гломерулонефритом; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение. Хроническая болезнь почек.</p> <p><b>ДЕ (Тема) 8.3:</b> Амбулаторное ведение пациентов с пиелонефритом и мочекаменной болезнью; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика.</p>
9.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	9. Поликлиническая тактика ведения пациентов с анемиями.	<p><b>ДЕ (тема) 9.1:</b> Анемический синдром в амбулаторно-поликлинической практике.</p> <p><b>ДЕ (тема) 9.2:</b> Амбулаторное ведение пациентов с анемиями; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.</p>
10.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	10. Поликлиническая тактика ведения пациентов эндокринологического профиля.	<p><b>ДЕ (тема) 10.1:</b> Амбулаторное ведение пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом; ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.</p> <p><b>ДЕ (тема) 10.2:</b> Амбулаторное ведение пациентов с гипотиреозом, тиреотоксикозом; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.</p>
11.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	11. Цереброваскулярные болезни в практике участкового врача.	<p><b>ДЕ (тема) 11.1:</b> Цереброваскулярные болезни в практике участкового врача.</p> <p><b>ДЕ (тема) 11.2:</b> Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью в практике врача – терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача – терапевта участкового.</p>

12.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	12. Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями. Вакцинация.	<b>ДЕ (тема) 12.1:</b> Лихорадка и субфебрильные состояния неясного генеза. Организация вакцинации в практике участкового врача. <b>ДЕ (тема) 12.2:</b> Профилактика инфекционных заболеваний в амбулаторных условиях. Вакцинопрофилактика.
13.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	13. Паллиативная медицина.	<b>ДЕ (тема) 13.1:</b> Проблемы паллиативной медицины в амбулаторно-поликлинической практике.
14.	ПК-2, ПК-7, ПК-9.	14. Особенности работы участкового терапевта с пациентами разных групп населения, в т.ч. с пациентами геронтологического контингента, беременными.	<b>ДЕ (тема) 14.1:</b> Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена здравоохранения. <b>ДЕ (тема) 14.1:</b> Проблемы гериатрии в амбулаторно-поликлинической практике. <b>ДЕ (тема) 14.3.</b> Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии. <b>ДЕ (тема) 14.4:</b> Гериатрические синдромы. Показания для направления к гериатру.

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

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) Дисциплин/практик/ГИА	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин/практик/ГИА													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Клиническая практика. Помощник врача амбулаторного поликлинического учреждения	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2	ГИА	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

### 3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий-

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Введение в дисциплину «Поликлиническая терапия»	2	21	-	-	26	49
2.	Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.	4	28	-	-	20	52
3.	Экспертиза нетрудоспособности в поликлинической практике	6	16	-	-	16	38
4.	Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов дыхания.	4	25	-	-	8	37
5.	Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями сердечнососудистой системы.	14	44	-	-	12	68
	Зачетное занятие		2				2
6.	Поликлиническая тактика ведения пациентов ревматологического профиля.	2	6	-	-	4	12
7.	Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения.	4	18	-	-	6	28
8.	Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы.	2	12	-	-	4	18
9.	Поликлиническая тактика ведения пациентов с анемиями.	2	6	-	-	4	12

10.	Поликлиническая тактика ведения пациентов эндокринологического профиля.		-	12	-	-	6	18
11.	ЦВБ в поликлинической практике.		2	6	-	-	6	14
12.	Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями. Вакцинация.		2	6	-	-	6	14
13.	Паллиативная медицина.		2	-	-	-	6	10
14.	Особенности работы участкового терапевта с пациентами разных групп населения, в т.ч. с пациентами геронтологического контингента, беременными.		4	12	-	-	8	24
	Вид промежуточной аттестации:	зачет	-	-	-	-	-	зачет
		экзамен						3
		контактная работа (ПА) самостоятельная работа						33
	ИТОГО		50	214			132	432

### 3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				9 сем.	10 сем.	11 сем	12 сем
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	1	История становления поликлинической дисциплины. Задачи и должностные обязанности участкового терапевта.	Поликлиническая терапия - ведущая дисциплина в подготовке врача общей практики. Организация терапевтической службы в РФ. Совершенствование на догоспитальном этапе форм и методов организации терапевтической помощи населению. Основные нормативные показатели деятельности. Организация работы поликлиники. Вне стационарные виды медицинской помощи. Функциональные обязанности участкового терапевта. Должностные обязанности врача общей практики. Учетно-отчетная документация в поликлинике.	2	-	-	-
2.	2	Научно-обоснованные принципы современной диспансеризации и диспансерного наблюдения	Диспансеризация населения: научные основы, структура и содержание, принципы формирования диспансерных (первичная и вторичная профилактика) групп. Роль участкового (цехового) терапевта в охране здоровья насе-	2	-	-	-

			ления, улучшения демографических показателей. Диспансеризация, критерии эффективности. Диспансеризация, профилактический медицинский осмотр и формирование ЗОЖ в деятельности врача первичного звена здравоохранения.				
3.	3	Основы экспертизы временной нетрудоспособности	Общие, организационные и законодательные аспекты экспертизы трудоспособности. Значение медицинских и социальных критериев. Принципы определения длительности временной нетрудоспособности. Порядок оформления документов при различных ее видах. Листок нетрудоспособности, его функции, порядок выдачи и продления. Функции и обязанности должностных лиц поликлиники, участвующих в вопросах экспертизы трудоспособности. Структура и функция ВК. Экспертиза временной нетрудоспособности. О совершенствовании экспертизы временной нетрудоспособности. Типичные ошибки и трудности.	2	-	-	-
4.	3	Клинико-экспертная работа и принцип МСЭ в амбулаторной практике	Структура и функции МСЭ. Нормативная база. Принципы выявления стойкой нетрудоспособности. Критерии к установлению группы инвалидности (степень нарушения функций, ограничения жизнедеятельности). Виды экспертных решений. Инвалидность, ее структура. Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитации инвалидов, возможности и перспективы.	2	-	-	-

			<p>Реабилитационный прогноз. Реабилитационный потенциал.</p> <p>Оценка проведенных реабилитационных мероприятий. Особенности формулировки экспертного диагноза.</p> <p>Порядок направления на МСЭ, выбор оптимального срока.</p> <p>Оформление направления на МСЭ, листа нетрудоспособности.</p>				
5.	4	<p>Ведение пациентов с острыми респираторными инфекциями и пневмонией в условиях поликлиники.</p>	<p>Острые респираторные заболевания. Отличительные особенности клинических проявлений гриппа и других респираторных инфекций (риновирусной, аденовирусной, респираторно-синтициальной инфекции, парагриппа). Возможности их дифференцирования в поликлинике. Лечение. Показания к госпитализации, ВН и ее длительность. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Первичная профилактика гриппа и ОРВИ. Диспансерное наблюдение. Профилактика.</p> <p>Острый тонзиллит, клиника, диагностика.</p> <p>Диф. диагноз ангины от других заболеваний, протекающих с поражением образований ротоглотки, методы диагностики этих заболеваний. Лечение. Тактика участкового терапевта при подозрении на дифтерию и положительном посеве из зева. Осложнения ангины, ранние и поздние. ВН при ангине, ее сроки. Диспансерное наблюдение.</p> <p>Острый бронхит, диагностика, лечение, профилактика, сроки ВН.</p>	2	-	-	-



			<p>Пневмонии. Клинические, лабораторные и рентгенологические методы диагностики. Показания для госпитализации. Лечение. Принцип выбора антибактериальной терапии, оценка ее эффективности. ВН, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность. Диспансерное наблюдение.</p>				
6.	4	<p>Амбулаторно-поликлинические особенности ведения пациентов с обструктивными заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ)</p>	<p>Бронхообструктивный синдром, сущность и клинические признаки, механизмы его возникновения, значение воспаления, бронхоспазма, диффузного пневмосклероза, ограниченной (локальной) обтурации. Заболевания, сопровождающиеся бронхообструктивным синдромом. Дифференциальный диагноз обструктивного бронхита, бронхиальной астмы, рака легкого. Обследование в условиях поликлиники для верификации диагноза и формы заболевания.</p> <p>Тактика участкового терапевта при подозрении на профессиональную этиологию заболевания. Показания к рациональному трудоустройству. Признаки временной и стойкой нетрудоспособности.</p> <p>Лечение БА в межприступном периоде, купирование приступа в условиях поликлиники. Показания для госпитализации. Экспертиза нетрудоспособности. ВН, критерии длительности временной нетрудоспособности и выздоровления. Диспансерное наблюдение. Вторичная профилактика. Реабилитация паци-</p>	2	-	-	-

			<p>ентов с БА.</p> <p>Определение понятия ХОБЛ, хронический бронхит. Формы ХОБЛ, критерии тяжести. Лечение в условиях поликлиники в периоды обострения и ремиссии. Ранние симптомы дыхательной недостаточности, легочной гипертензии, методы их выявления. Диспансерное наблюдение. Экспертиза нетрудоспособности.</p>				
7.	5	<p>Тактика ведения пациентов с миокардитом в амбулаторной практике. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших миокардит.</p>	<p>Выявление и тактика ведения пациентов с миокардитом на догоспитальном этапе. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших миокардит. Поддерживающая терапия. Экспертиза временной нетрудоспособности, ее ориентировочные сроки. Реабилитационные мероприятия. Профилактика осложнений.</p>	-	2	-	-
8.	5	<p>Оптимизация тактики ведения пациентов с артериальной гипертензией (от общих принципов к конкретному пациенту) в амбулаторных условиях.</p>	<p>Причины возможного повышения артериального давления: функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазореальные, ренальные, эндокринные, церебральные). Пограничные артериальные гипертензии.</p> <p>Объем обследования в поликлинике для установления диагноза.</p> <p>Тактика ведения пациента с впервые выявленным повышением АД в условиях поликлиники.</p> <p>Осложнения гипертонической болезни, показания к госпитализации.</p> <p>Дифференцированный подход в амбулаторном</p>	-	2	-	-

			<p>ведении пациентов с артериальной, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией. Профилактика осложнений.</p> <p>Гипертонические кризы. Показания для госпитализации. Купирование гипертонического криза на дому и в поликлинике.</p> <p>Экспертиза нетрудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство. Диспансерное наблюдение.</p>				
9,	5	Ишемическая болезнь сердца. Тактика ведения пациентов в поликлинических условиях: диспансерное наблюдение пациентов с ИБС, стенокардией и перенесших операции на сердце и сосудах.	<p>Варианты ИБС по классификации ВОЗ, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники. Диагностика стабильной стенокардии в амбулаторных условиях. Показания к направлению на коронарографию. Лечение ИБС, консервативное и оперативное. Реабилитация после оперативного лечения. Диспансерное наблюдение. Профилактика осложнений. Экспертиза нетрудоспособности, выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности.</p>	-	2	-	-
10.	5	Острый коронарный синдром. Алгоритм помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ИБС, ПИКС.	<p>Диагностика острого коронарного синдрома. Тактика врача-терапевта поликлиники при остром коронарном синдроме. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации.</p> <p>Виды нестабильной стенокардии, особенности диагностики. ИМ, типичная и атипичная формы. Тактика ведения пациента с острым коронарным синдромом после вы-</p>	-	2	-	-

			писки из стационара или отделения реабилитации кардиологического санатория. Поликлинические этапы реабилитации, физическая, психологическая и социально-трудовая. Временная нетрудоспособность, ее сроки при мелкоочаговом, крупноочаговом, трансмуральном, неосложненном, осложненном ИМ. Показания к направлению на МСЭ. Диспансерное наблюдение. Вторичная профилактика.				
11.	5	Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза в амбулаторной практике.	<p>Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Тактика ведения пациентов.</p> <p>Основные отличительные признаки коронарных болей. Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Роль и значение ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии ИБС.</p> <p>Причины болей в грудной клетке некоронарогенного генеза (кардиальные и некардиальные). Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудной остеохондроз, заболевания плевры, грыжи диафрагмального отверстия, заболевания органов брюшной полости. Диагностика в условиях поликлиники.</p>	-	2	-	-
12.	5	Аритмии и блокады сердца. Тактика врача поликлиники при выявлении пациента с аритмическим синдромом.	Нарушение ритма и проводимости сердца. Тактика врача поликлиники при выявлении пациента с аритмическим синдромом. Лечение медикаментоз-	-	2	-	-

			ное и немедикаментозное. Экспертиза нетрудоспособности. Показания направления на МСЭ. Профилактика. Диспансерное наблюдение.				
13.	5	Алгоритм и тактика ведения пациентов с сердечной недостаточностью в амбулаторной практике. Медицинская экспертиза, профилактика, диспансерное наблюдение.	Классификация сердечной недостаточности. Застойная сердечная недостаточность, причины, симптомы, лечение в условиях поликлиники. Показания для госпитализации. Роль дневного стационара в лечении пациента. Стратегия лечения, поддерживающая терапия, профилактика осложнений длительной медикаментозной терапии. Временная нетрудоспособность. Рациональное трудоустройство. Показания к направлению на МСЭ. Реабилитационные мероприятия. Первичная и вторичная профилактика внезапной смерти у пациентов с сердечной недостаточностью.	-	2	-	-
14.	6	Патология опорно-двигательного аппарата и метаболический синдром в амбулаторно-поликлинической практике.	Амбулаторное ведение пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и метаболическим синдромом. Суставной синдром. Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями суставов. Дифдиагноз поражения суставов при ревматоидном артрите, остеоартрозе, подагре, ревматической болезни сердца. Дифференцированное лечение суставного синдрома, медикаментозное и немедикаментозное. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Признаки временной и стойкой нетрудоспособности, показания к	-	-	2	-

			направлению на МСЭ. Диспансерное наблюдение. Реабилитационные мероприятия.				
15.	7	Синдром болей в животе и диспепсический синдром в амбулаторно-поликлинической практике	<p>Классификация кислотно-зависимых заболеваний (КЗЗ). Клиника обострения КЗЗ: ГЭРБ, гастрит, ЯБ, НПВП-гастропатии. Формулировка диагноза в соответствии с современной классификацией. Методы распознавания типа КЗЗ в условиях поликлиники. Дифференцированное лечение с учетом типа КЗЗ. Диета, медикаментозная, немедикаментозная терапия при обострении. Эрадикационная терапия и вторичная профилактика, противорецидивное лечение. Экспертиза ВН, ее причины и длительность. Трудовой прогноз, показания к трудоустройству. СКЛ. Тактика участкового терапевта при возникновении осложнений ЯБ (кровотечения, стеноза привратника, пенетрации), алгоритм действий.</p> <p>Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями кишечника: СРК, НЯК, болезнью Крона, энтеропатиями (лактозодефицитной, глютеновой); диагностика, дифференцированное лечение, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности, показания для направления на МСЭ, СКЛ.</p>	-	-	2	-

16.	7	Заболевания желчевыводящих путей и печени в амбулаторно-поликлинической практике	Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями гепатобилиарного тракта: хроническими гепатитами, циррозом, хроническим холециститом, дискинезиями желчных путей, желчнокаменной болезнью (ЖКБ); диагностика, дифференцированное лечение, диетотерапия, показания к оперативному лечению ЖКБ, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности, длительность ВН, показания для направления на МСЭ, СКЛ.	-	-	2	-
17.	8	Мочевой синдром и хроническая болезнь почек в амбулаторно-поликлинической практике.	Мочевой синдром. Дифдиагностика заболеваний почек в условиях поликлиники: гломерулонефрита, пиелонефрита, мочекаменной болезни (МКБ).  Хроническая болезнь почек, диагностика, стадии.  Дифференцированное амбулаторное лечение (медикаментозное и немедикаментозное) заболеваний почек, показания к госпитализации, к гемодиализу, показания к оперативному лечению МКБ, профилактика, диспансерное наблюдение, экспертиза нетрудоспособности, длительность ВН, показания для направления на МСЭ, СКЛ.	-	-	2	-
18.	9	Анемический синдром в амбулаторно-поликлинической практике	Анемический синдром. Диагностика и диф.диагностика железодефицитной и В12-дефицитной анемий в практике врача – терапевта участкового. Выявление причины анемии, дифференцированное медикаментозное и немедикаментоз-	-	-	2	-

			ное лечение, показание к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение, временная и стойкая нетрудоспособность.				
19.	11	Цереброваскулярные болезни в практике участкового врача.	Цереброваскулярные болезни (ЦВБ), определение понятия, виды, острые, хронические формы, причины возникновения, факторы риска, клинические проявления острых и хронических форм, диагностика и лечение в условиях поликлиники, профилактика, диспансерное наблюдение, реабилитация пациентов, перенесших ОНМК, экспертиза нетрудоспособности, длительность ВН, показания для направления на МСЭ, СКЛ.	-	-	2	-
20.	12	Лихорадка и субфебрильные состояния неясного генеза. Организация вакцинации в практике участкового врача.	Лихорадка и субфебрилитет, сущность понятий, причины их развития (инфекционные, неинфекционные), диагностический поиск. Организация вакцинации в практике участкового врача. Национальный календарь прививок.	-	-	2	-
21.	3	Экспертиза временной нетрудоспособности, ошибки в практике участкового врача.	Экспертиза временной нетрудоспособности. Сроки временной нетрудоспособности, факторы, влияющие на них. Своевременное направление пациентов на МСЭ. Типичные ошибки и трудности в практике участкового врача.	-	-	2	-
22.	2	Профилактика и ранняя диагностика онкозаболеваний в амбулаторно-поликлинической практике.	Внедрение и эффективное использование современных методов диагностики предопухольных заболеваний и новообразований. Направление пациентов с подозрением на злокачественное новообразование в онкологический	-	-	2	-



			<p>кабинет.</p> <p>Систематическое проведение усовершенствования врачей основных клинических специальностей и средних медицинских работников по вопросам профилактики и раннего выявления онкологической патологии. Разработка стандартов (протоколов) оказания специализированной медицинской помощи больным с различными нозологическими формами онкологической патологии.</p>				
23.	13	Проблемы паллиативной медицины в амбулаторно-поликлинической практике	<p>Паллиативная помощь, современное представление, организации паллиативной помощи в России. Основные проблемы паллиативной помощи в России, в частности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.</p>	-	-	2	-
24.	14	Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена здравоохранения..	<p>Значение соматического здоровья женщин в формировании здорового поколения. Объединение учреждений акушерской, детской и общелечебной сети на основе функционального, административного или смешанного административно-функционального типа комплексирования.</p> <p>Медицинские показания к прерыванию беременности.</p> <p>Тактика обследования беременных. Изменение работы органов и систем организма в связи с беременностью. Особенности амбулаторного ведения беременных при токсикозах.</p> <p>Экстрагенитальная патология, особенности течения заболеваний при беременности (ревматизма, приобретенных пороков сердца, гипертонической болезни,</p>	-	-	2	-

			заболеваний почек, сахарного диабета, анемии), принципы лечения имеющихся заболеваний, показания и противопоказания к применению медикаментозных препаратов в зависимости от срока беременности (антибиотиков, сульфаниламидов, противовоспалительных, гипотензивных и др.), особенности диспансерного наблюдения.				
25.	14	Проблемы гериатрии в амбулаторно-поликлинической практике.	Возрастная градация. Анатомо-физиологические особенности. Гериатрические синдромы, раннее выявление синдрома старческой астении. Показания для консультации врача – гериатра. Особенности течения соматических заболеваний, лечения, отличия от терапии в более молодом возрасте. Социальные аспекты инвалидности в этих возрастных группах. Вопросы этики и деонтологии. Особенности фармакотерапии лиц пожилого и старческого возраста. Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств. Правило малых доз в гериатрии. Профилактика осложнений от медикаментозной терапии.	-	-	2	-
Итого:				12	14	24	0

### 3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8

1.	1	Организация работы врача первичного звена на современном этапе модернизации здравоохранения. Содержание работы, права и обязанности врача-терапевта участкового. Вопросы преемственности в работе врача терапевта участкового.	Знакомство с организацией и содержанием работы врача-терапевта участкового по оказанию медицинской помощи в поликлинике, на дому. Знакомство с положением участкового врача-терапевта. Собеседование с группой по перспективному и текущему планированию работы участкового врача-терапевта. Организация и содержание работы специализированных кабинетов в поликлиники: пульмонологического, кардиологического, инфекционного и др. Организация рабочего места врача на принципах «бережливого производства».	5	-	-	-
2.	1	Делопроизводство участкового врача. Учетно-отчетная документация. Особенности оформления и ведения документации в поликлинике.	Знакомство с учетно-отчетной документацией в поликлинике, регламентирующими приказами, инструкциями. Собеседование по паспортизации населения территориального участков. Содержание основных разделов паспорта участкового врача-терапевта. Собеседование по организации стат. учета и анализу заболеваемости населения на терапевтическом участке.	5	-	-	-
3.	1	Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях. Работа процедурного кабинета.	Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Работа процедурного кабинета. Владение основами сердечно-легочной реанимации (искусственная вентиляция легких способами «рот в рот», «рот в нос», непрямой массаж сердца). Неотложная догоспитальная помощь при анафилактическом шоке, затянувшемся приступе бронхиальной астмы.	5	-	-	-
4.	2	Общие вопросы диспансеризации и профилактического медицинского осмотра.	Контингенты населения, подлежащие диспансерному наблюдению. Основные формы и порядок оформления медицинской документации на диспансерных больных. Собеседование по анализу эффективности диспансеризации на участке. Навыки эффективного общения. Работа в отделении/кабинете профилактики, в кабинете доврачебного приема. Анкетирование пациентов, выявление факторов риска.	5	-	-	-
5.	2	Доклиническая диагностика и профилактика ХНИЗ в амбулаторно – поликлинической практике. Роль центров здоровья. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно – сосудистым риском. Работа в центре здоровья.	Выявление факторов риска заболеваний. Санпросвет работа по профилактике заболеваний. Работа в центре здоровья.	5	-	-	-
6.	3	Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листа нетрудоспособности.	Выявление признаков временной нетрудоспособности (ВН). Принципы определения длительности ВН. Правила оформления документации при выдаче листа нетрудоспособности. Знакомство со структурой и функцией ВК. Участие в вопросах экспертизы трудоспособности. Выявление противопоказанных факторов в профессиональном труде. Тематический разбор пациента с признаками временной нетрудоспособности и оформление листа нетрудоспособности.	5	-	-	-

7.	3	Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике.	Знакомство с организацией и содержанием работы МСЭ, с их экспертными заключениями. Особенности оформления клинико-экспертного диагноза. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, нарушенных функций организма, вида и степени ограничения жизнедеятельности. Определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза. Порядок направления на МСЭ, выбор оптимального срока. Оформление медицинской документации при направлении пациентов на МСЭ. Тематический разбор пациента с признаками стойкой нетрудоспособности.	5			
8.	4	Острые респираторные инфекции. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика.	Диагностика острых респираторных заболеваний, острого тонзиллита, острого бронхита. Определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность. Определение критериев выздоровления и восстановления трудоспособности. Диспансерное наблюдение при остром тонзиллите. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	5	-	-	-
9.	4	Грипп в амбулаторной практике. Осложнения гриппа. Медицинская экспертиза. Особенности ведения разных категорий пациентов. Профилактика, вакцинация от гриппа.	Выделение диагностических критериев гриппа. Определение показаний к госпитализации. Обсуждение особенностей ведения разных категорий пациентов в амбулаторных условиях. Обсуждение принципов профилактики. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	5	-	-	-
10.	4	Пневмонии в амбулаторной практике. Преимущество амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев разного вида пневмоний. Составление плана диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими пневмонию. Обсуждение вопросов ВН, дифференцированного лечения, профилактики. Разбор Р-грамм легких с пневмониями. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	5	-	-	-
11.	4	Амбулаторное ведение пациентов с бронхиальной астмой. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев БА. Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Проведение анализа показателей ФВД, пикфлоуметрии при бронхоспастическом синдроме. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	5	-	-	-
12.	4	Хронический необструктивный бронхит. ХОБЛ. Особенности ведения пациентов в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев хронического необструктивного бронхита и ХОБЛ (различных типов). Выявление осложнений, скрытых, ранних форм «легочного сердца» (легочной гипертензии). Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Проведение анализа показателей ФВД при бронхообструктивном синдроме. Оценка показателей газового состава крови. Тематический разбор пациента с анализом так-	5	-	-	-

			тики ведения его в условиях поликлиники.				
13.	5	Амбулаторное ведение пациентов с миокардитом, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев миокардита. Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	-	5	-	-
14.	5	Алгоритм диагностики АГ, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ.	Определение алгоритма диагностики АГ и тактики ведения пациентов в условиях поликлиники. Оценка поражения органов мишеней. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	-	5	-	-
15.	5	Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с артериальной, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией.	Обсуждение амбулаторного лечения и тактики ведения пациентов с сопутствующей патологией и пациентов «особых категорий» (лиц пожилого, старческого возраста, беременных, с резистентной АГ). Тематический разбор пациента, разработка тактики ведения в амбулаторно-поликлинических условиях.	-	5	-	-
16.	5	Амбулаторное ведение пациентов с ИБС, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев ИБС, стабильной стенокардии. Определение тактики ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	-	5	-	-
17.	5	Острый коронарный синдром. ИМ, выявление, тактика ведения, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация пациентов с острым коронарным синдромом.	Выделение диагностических критериев острого коронарного синдрома. Обсуждение тактики врача-терапевта поликлиники при диагностике острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии, ИМ. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации. Обсуждение вопросов реабилитации на постгоспитальном этапе пациентов с острым коронарным синдромом. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения. Разбор ЭКГ-лент с острым коронарным синдромом, и ИМ в частности. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	-	5	-	-
18.	5	Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Поликлинический этап.	Составление алгоритма диагностики болей в грудной клетке. Обсуждение тактики ведения пациентов с болями в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	-	5	-	-
19.	5	Аритмии. Тактика врача поликлиники при выявлении пациента с аритмическим синдромом.	Составление алгоритма диагностики нарушений ритма и проводимости сердца. Определение тактики ведения в условиях поликлиники. Оценка прогноза. Выявление показаний к госпитализации в аритмический центр. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Разбор ЭКГ-лент с различными нарушениями ритма сердца и проводимости. Тематический разбор пациента с анализом тактики	-	5	-	-

			ведения его в условиях поликлиники.				
20.	5	Неотложные состояния в кардиологии: тромбоэмболия легочной артерии, гипертонический криз, кардиогенный шок, острая левожелудочковая сердечная недостаточность, острая сосудистая недостаточность,. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях.	Выделение диагностических критериев неотложных состояний: тромбоэмболии легочной артерии, кардиогенного шока, острой левожелудочковой сердечной недостаточности, острой сосудистой недостаточности. Составление алгоритмов оказания первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях. Решение ситуационных задач.  Проведение занятия в центре симуляционных навыков (сердечно-легочная реанимация)	-	5	-	-
21.	5	Амбулаторное ведение больных с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.  Зачётное занятие	Выделение диагностических критериев сердечной недостаточности (СН), определение признаков застойной СН. Определение тактики ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выявление показаний для стационарного лечения. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, направления на МСЭ, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Тестирование, защита амбулаторной карты пациента, собеседование	-	4  2	-	-
22.	6	Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача терапевта участкового.	Систематизация знаний студентов по тактике ведения пациентов с ЦВБ в практике врача терапевта участкового Алгоритмы ведения пациентов с ЦВБ на фоне сопутствующей патологии.. Клиническая картина, диагностика, лечение, тактика при подозрении на ОНМК, реабилитация. Экспертиза временной нетрудоспособности, ее длительность. Экспертиза стойкой нетрудоспособности, показания для направления на МСЭ. Профилактика осложнений. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Первичная и вторичная профилактика. Показания для санаторно-курортного лечения.	-	-	6	-
23.	6	Амбулаторное ведение пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и метаболическим синдромом. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности..	Составление алгоритма дифференциальной диагностики суставного синдрома. Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и сопутствующей патологией. Дифференциальная диагностика поражения суставов (при ревматоидном артрите, остеоартрозе, подагре, ревматической болезни сердца). Обсуждение дифференцированного лечения суставного синдрома, медикаментозного и немедикаментозного. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение принципов диспансерного наблюдения. Разбор рентгенограмм с различными заболеваниями суставов. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.	-	-	6	-
24.	7	Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной диспепсией в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности..	Выделение диагностических критериев кислотно-зависимых заболеваний (КЗЗ): ГЭРБ, гастрит, ЯБ, НПВП-гастропатии. Составление алгоритма действий участкового терапевта при возникновении осложнений ЯБ (кровотечения, стеноза привратника, пенетрации). Определение показаний к оперативному лече-	-	-	6	-

			<p>нию ЯБ.</p> <p>Выявление признаков ВН при КЗЗ, обсуждение ее сроков, выявление признаков стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ.</p> <p>Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.</p>				
25.	7	<p>Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями кишечника в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.</p>	<p>Выделение диагностических критериев заболеваний кишечника: СРК, НЯК, болезнь Крона, энтеропатии (лактозодефицитная, глютенная).</p> <p>Выявление признаков ВН при заболеваниях кишечника, обсуждение ее сроков, выявление признаков стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ.</p> <p>Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.</p>	-	-	6	-
26.	7	<p>Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.</p>	<p>Выделение диагностических критериев заболеваний гепатобилиарной системы, поджелудочной железы: хронических гепатитов, циррозов, хронического холецистита, дискинезий желчных путей, ЖКБ, хронического панкреатита, рака поджелудочной железы. Обсуждение принципов лечения заболеваний, определение показаний к оперативному лечению ЖКБ. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ.</p> <p>Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники.</p>	-	-	6	-
27.	2	<p>Организация профилактического консультирования в амбулаторно поликлинической практике. Роль центра здоровья и отделения медицинской профилактики.</p> <p>Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.</p>	<p>Обсуждение вопросов профилактического консультирования в условиях оказания первичной медико – санитарной помощи, роли центра здоровья и отделения медицинской профилактики.</p> <p>Тестирование.</p>	-	-	6	-
28.	8	<p>Амбулаторное ведение пациентов с гломерулонефритом, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.</p> <p>Хроническая болезнь почек.</p>	<p>Выявление мочевого синдрома в условиях поликлиники.</p> <p>Выделение диагностических критериев гломерулонефрита (острого, подострого, хронического), выявление нефритического и нефротического синдромов, выявление и определение стадии ХБП.</p> <p>Обсуждение принципов лечения гломерулонефритов, ХБП, определение показаний к гемодиализу. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ.</p> <p>Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.</p>	-	-	-	6
29.	8	<p>Амбулаторное ведение пациентов с пиелонефритом и мочекаменной болезнью; ме-</p>	<p>Выявление мочевого синдрома в условиях поликлиники.</p> <p>Выделение диагностических критериев заболе-</p>	-	-	-	6

		дицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика.	ваний почек: пиелонефрита, МКБ. Обсуждение принципов лечения пиелонефрита, МКБ, определение показаний к оперативному лечению. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.				
30.	9	Амбулаторное ведение пациентов с анемиями; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев железодефицитной и В12-дефицитной анемий в поликлинических условиях. Обсуждение принципов лечения анемий, определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, обсуждение критериев выздоровления и трудоспособности. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов профилактики, диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
31.	10	Амбулаторное ведение пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом; ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.	Выделение диагностических критериев СД, ожирения, метаболического синдрома. Обсуждение вопросов ранней диагностики заболеваний, выявления осложнений, принципов лечения, определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, и стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов профилактики, диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
32.	10	Амбулаторное ведение пациентов с гипотиреозом, тиреотоксикозом; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение..	Выделение диагностических критериев гипотиреоза и тиреотоксикоза Обсуждение диагностического поиска в условиях поликлиники, раннего выявления осложнений, принципов лечения, определение показаний к госпитализации и оперативному лечению. Выявление признаков ВН, и стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
33.	3	Вопросы экспертизы нетрудоспособности пациентов в работе врача – терапевта участкового.	Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности при заболеваниях, предусмотренных программой, в практике врача – терапевта участкового. Обсуждение вопросов МСЭ при заболеваниях. Разбор наиболее типичных ошибок врача в экспертной практике. Работа по оформлению МКАП, листка нетрудоспособности, направления на медико-социальную экспертизу. Разбор пациента с выделением признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Работа с	-	-	-	6



			медицинской картой амбулаторного пациента.				
34.	2	Профилактика и ранняя диагностика онкозаболеваний. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники.. Диспансеризация определенных групп взрослого населения	Работа в смотровом кабинете, осмотр всех граждан, впервые обратившихся в текущем году в амбулаторно-поликлиническое учреждение с целью раннего выявления онкопатологии. Составление плана дополнительного обследования при подозрении на онкозаболевание. Участие в санпросветработе. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
35.	2	Профилактика инфекционных заболеваний в амбулаторных условиях. Вакцинопрофилактика.	Обсуждение вопросов профилактики инфекционных заболеваний в амбулаторных условиях. Национальный календарь прививок. Участие в санпросветработе. Работа в отделении/кабинете профилактики и в прививочном кабинете. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
36.	14	Гериатрические синдромы. Показания для направления к гериатру.	Обсуждение вопросов старения организма, возрастных изменений в органах и системах. Выявление гериатрических синдромов, определение показаний направления к гериатру. Обсуждение вопросов социальной адаптации. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
37.	14	Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии.	Определение тактики обследования беременных в зависимости от соматического фона, наличия токсикозов и экстрагенитальной патологии. Обсуждение вопросов медицинского показания к прерыванию беременности. Тематический разбор беременной с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
38.	2	Диспансерный метод в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Курортотерапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.	Выделение контингента населения, подлежащего диспансерному наблюдению в условиях поликлиники. Оценка критериев эффективности диспансеризации. Выявление показаний и противопоказаний к СКЛ при работе в поликлинике. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента.	-	-	-	6
39	1	Работа с медицинской картой амбулаторного пациента, направлением на МСЭ, защита.	Экспертная оценка качества ведения медицинской карты амбулаторного пациента, направления на медико-социальную экспертизу по схеме. Анализ качества ведения пациента в поликлинике.	-	-	-	6
Итого:				60	46	36	72

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1.	9	Введение в дисциплину «Поликлиническая терапия»	заполнение медицинской карты амбулаторного пациента (МКАП)	4

		Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.	заполнение направления на МСЭ	4
		Экспертиза нетрудоспособности в поликлинической практике	подготовка к практическим занятиям	24
		Поликлиническая тактика ведения больных с заболеваниями органов дыхания.	подготовка к текущему контролю	2
			подготовка к промежуточному контролю	2
<b>ИТОГО часов в семестре:</b>				<b>36</b>
2.	10	Поликлиническая тактика ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.	заполнение медицинской карты амбулаторного пациента (МКАП)	2
			заполнение направления на МСЭ	4
			подготовка к практическим занятиям	3
			подготовка к текущему контролю	2
			подготовка к промежуточному контролю	1
<b>ИТОГО часов в семестре:</b>				<b>12</b>
3.	11	Цереброваскулярные болезни в практике участкового врача.	заполнение медицинской карты амбулаторного пациента (МКАП)	4
		Поликлиническая тактика ведения пациентов ревматологического профиля.	заполнение направления на МСЭ	4
6.		Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения.	подготовка к практическим занятиям	32
			подготовка к текущему контролю	2
7.		Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.	подготовка к промежуточному контролю	6
<b>ИТОГО часов в семестре:</b>				<b>48</b>
8.	12	Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы.	заполнение медицинской карты амбулаторного пациента (МКАП)	4
		Поликлиническая тактика ведения пациентов с анемиями.		
9.		Поликлиническая тактика ведения пациентов эндокринологического профиля.	заполнение направления на МСЭ	4

		Экспертиза нетрудоспособности в поликлинической практике		
10.		Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.	подготовка к практическим занятиям	24
11.		Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями. Вакцинация.	подготовка к текущему контролю	2
		Особенности работы участкового терапевта с пациентами разных групп населения, в т.ч. с пациентами геронтологического контингента, беременными.	подготовка к промежуточному контролю	2
12.		Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.		
<b>ИТОГО часов в семестре:</b>				<b>36</b>

### 3.7. Лабораторный практикум Не предусмотрен

### 3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ Не предусмотрена

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

### 4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

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

#### 4.2.1. Основная литература

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

#### 4.2.2. Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017. и другие клинические рекомендации.

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

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

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

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

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035\_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (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 Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
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 специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
<p><b>учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа:</b>            № 1-411 – г. Киров, ул. К. Маркса, 137 (1 корпус);            Лекционный зал КОКБ, г.Киров, ул. Воровского,42</p>	<p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран</p>
<p><b>учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа:</b>            № 621 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p> <p>№ 619 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p> <p>Учебная комната №219 в Клинике Кировского ГМУ – г. Киров, ул. Щорса, д.64, 2 этаж.</p> <p>Учебная комната №314 в поликлинике №3 ККДЦ, г. Киров, ул. М. Гвардии, д.98, 3 этаж (договор № 26/ДС от 23.01.2017);</p>	<p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютер (1 шт.), с выходом в интернет, мультимедиа проектор (1 шт.), экран, доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Ноутбук (1 шт.), с выходом в интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза,</p> <p>мультимедиа проектор (1 шт.), принтер, экран, доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютер (1 шт.), с выходом в интернет доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p>

<p>Учебные комнаты №1, №2 в поликлинике №7 ККДЦ, г. Киров, ул. К. Маркса, д.47, корпус А, 1 этаж (договор № 26/ДС от 23.01.2017)</p>	<p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами.</p> <p>МФУ КЕОСERA 035</p>
<p><b>учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций:</b></p> <p>№ 621 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p> <p>№ 619 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p> <p>Учебная комната № 219 в Клинике Кировского ГМУ – г. Киров, ул. Щорса, д.64, 2 этаж.</p> <p>Учебная комната №314 в поликлинике №3 ККДЦ, г. Киров, ул. М. Гвардии, д.98, 3 этаж (договор № 26/ДС от 23.01.2017);</p> <p>Учебные комнаты №1, №2 в поликлинике №7 ККДЦ, г. Киров, ул. К. Маркса, д.47, корпус А, 1 этаж (договор № 26/ДС от 23.01.2017)</p>	<p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютер (1 шт.), с выходом в интернет, мультимедиа проектор (1 шт.), экран, доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Ноутбук (1 шт.), с выходом в интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза,</p> <p>мультимедиа проектор (1 шт.), принтер, экран, доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютер (1 шт.), с выходом в интернет доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами.</p> <p>МФУ КЕОСERA 035</p>
<p><b>учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации:</b></p> <p>№ 621 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p>	<p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютер (1 шт.), с выходом в интернет, мультимедиа проектор (1 шт.), экран, доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий – тонометр, фонендоскоп, электронный термометр, электрокардиограф, пульсоксиметр, динамометр ручной и плоскoprужинный, негатоскоп, камертон медицинский, жгут резиновый кровоостанавливающий.</p>

<p>№ 619 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p> <p>Учебная комната № 219 в Клинике Кировского ГМУ – г. Киров, ул. Щорса, д.64, 2 этаж.</p> <p>Учебная комната №314 в поликлинике №3 ККДЦ, г. Киров, ул. М. Гвардии, д.98, 3 этаж (договор № 26/ДС от 23.01.2017);</p> <p>Учебные комнаты №1, №2 в поликлинике №7 ККДЦ, г. Киров, ул. К. Маркса, д.47, корпус А, 1 этаж (договор № 26/ДС от 23.01.2017)</p> <p>№ 414 (компьютерный класс), – г. Киров, ул. К.Маркса, 112 (3 корпус);  № 307 (компьютерный класс), – г. Киров, ул. К.Маркса, 137 (1 корпус);  № 404 (компьютерный класс), – г. Киров, ул. К.Маркса, 137 (1 корпус).</p>	<p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Ноутбук (1 шт.), с выходом в интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза,  мультимедиа проектор (1 шт.), принтер, экран, доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютер (1 шт.), с выходом в интернет доска для ведения записей маркерами.</p> <p>Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами.</p> <p>МФУ КЕОСERA 035</p> <p>Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические). Компьютеры с выходом в интернет и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза.</p>
<p><b>помещения для самостоятельной работы:</b></p> <p>читальный зал библиотеки, г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус);</p> <p>№ 414 (компьютерный класс), – г. Киров, ул. К.Маркса, 112 (3 корпус);</p>	<p>Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с возможностью выхода в сеть «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза, ПК для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант студента»</p>
<p><b>помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования:</b></p> <p>№ 622 – г. Киров, ул. К. Маркса, 112 (3 корпус)</p>	<p>Помещения для хранения и профилактического обслуживания оборудования оснащены мебелью: шкафы, столы, тумбы.</p>

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля).



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

## **Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины.**

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

Основное учебное время выделяется на практические занятия.

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

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

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины 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: «История становления поликлинической дисциплины. Задачи и должностные обязанности участкового терапевта»; «Тактика ведения пациентов с миокардитом в амбулаторной практике. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших миокардит»; «Острый коронарный синдром. Алгоритм помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациентов с ИБС, ПИКС» и другие

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену/зачету, 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: «Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза в амбулаторной практике», «Экспертиза временной нетрудоспособности, ошибки в практике участкового врача», «Проблемы гериатрии в амбулаторно-поликлинической практике» и другие.

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

### **Практические занятия:**

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

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

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

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной 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: «Организация работы врача первичного звена на современном этапе модернизации здравоохранения. Содержание работы, права и обязанности врача-терапевта участкового. Вопросы преемственности в работе врача-терапевта участкового»; «Дело-производство участкового врача. Учетно-отчетная документация. Особенности оформления и ведения документации в поликлинике»; «Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях. Работа процедурного кабинета» и другие.

- семинар-дискуссия по теме: «Герiatricкие синдромы. Показания для направления к герiatricу» и другие.

- конференция по теме «Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике» и другие.

- учебно-ролевая игра по теме «Профилактика и ранняя диагностика онкозаболеваний. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники. Диспансеризация определенных групп взрослого населения» и другие.

- практикум по теме «Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности» и другие.

### **Самостоятельная работа:**

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Поликлиническая терапия» и включает подготовку к занятиям, заполнение медицинской карты амбулаторного пациента, заполнение направления на МСЭ, подготовку к текущему контролю, подготовку к промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Поликлиническая терапия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с пациентами, оформляют амбулаторные карты и представляют их на занятиях. Написание учебной амбулаторной карты способствует формированию навыков работы с медицинской документацией, использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления.

Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этических особенностей патологии и пациентов.

Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме собеседования по ситуационным задачам, письменного тестирования, представления индивидуальных домашних заданий, оформление учебной медицинской карты по результатам амбулаторного приема пациента.

В конце изучения дисциплины проводится промежуточная аттестация в форме зачёта (10 семестр) и в форме экзамена (12 семестр), включающая тестирование, устное собеседование, прием практических навыков.

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

## **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, целесобразное 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 зачет/экзамен. На зачете/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 (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 критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

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

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины  
«Поликлиническая терапия»  
специальность 31.05.01 «Лечебное дело»**

**Раздел 1. Введение в дисциплину «Поликлиническая терапия»**

**Тема: 1.2. Организация работы врача первичного звена на современном этапе модернизации здравоохранения. Содержание работы, права и обязанности врача-терапевта участкового. Вопросы преемственности в работе врача терапевта участкового.**

**Цель занятия:** формирование и закрепление знаний по вопросам организации работы врача терапевта участкового.

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

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

**2. Практическая работа.**

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

### Тестовые задания

1. Профилактическая работа врача-терапевта участкового заключается в организации:

- а) дневных стационаров
- б) диспансеризации населения
- в) терапевтической помощи на дому
- г) реабилитационной работы

2. В настоящее время в российской федерации принята модель финансирования здравоохранения:

- а) бюджетная
- б) страховая
- в) частная
- г) смешанная

3. Профилактические медицинские осмотры являются основой:

- а) паллиативной помощи
- б) профилактической работы
- в) реабилитационной работы
- г) экспертизы трудоспособности

4. Поликлиники оказывают населению помощь:

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

5. В структуре заболеваемости хниз наибольший удельный вес составляют заболевания:

- а) профессиональные
- б) инфекционные
- в) злокачественные новообразования
- г) сердечно – сосудистые

6. В обязанности врача-терапевта участкового входит все, кроме

- а) оказание медицинской помощи
- б) направление на санаторно-курортное лечение
- в) определение группы инвалидности
- г) выдача больничного листа

7. Нормативное количество населения на терапевтическом участке

- а) 1200 человек
- б) 1700 человек
- в) 2500 человек
- г) 5000 человек

8. В функциональные обязанности регистратуры поликлиники входит

- а) оказание неотложной помощи
- б) выдача направлений на обследование
- в) оформление документов по диспансеризации
- г) распределение потока пациентов

### Ответы на тестовые задания:

1 – б, 2. – б, 3 – б, 4 – в, 5 – г, 6 – в, 7 – б, 8 – г.

### 3. Решить ситуационные задачи.

#### 1) Алгоритм разбора задач

- Выявление симптомов объединение их в комплексы – синдромы и формирование порядка в синдромах.
- Постановка клинического диагноза.
- Дополнительное обследование и консультации специалистов при необходимости.
- Алгоритм ведения пациента в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи.

- Определение факта нетрудоспособности по медицинскому, трудовому, социальному критериям, оценка прогнозов и их сопоставление. Ответ на вопрос – может ли больной по состоянию здоровья выполнять объем своих профессиональных обязанностей, а так же лечить - где, когда и как.
- Заполнение врачебной документации (амбулаторной карты, направления, рецепты, листка ВН и др.).
- Диспансерное наблюдение.

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент К. 55 лет вызвал на дом врача – терапевта участкового.

Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление.

В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет.

Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл.

Сегодня утром на фоне сильного психо-эмоционального стресса отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>.

Окружность талии (ОТ) - 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ (сделано несколько дней назад): ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

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

### Эталон решения задачи:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, Риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Неосложнённый гипертонический криз. Ожирение I степени.

Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени.

Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней.

Диагноз ожирения I степени установлен на основании показателей ИМТ.

2. Вызвать Скорую медицинскую помощь. Лечение больного с неосложнённым ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнённом ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнённом гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики).

Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Моксонидин, Каптоприл, Фуросемид, Клонидин, Нифедипин, Метопролол, Пропранолол.

3. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий.

Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчёта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек.

Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отёк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты.

При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

4. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ I степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в

большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Это позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД.

Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению.

Пациентам с АД  $\geq 160/100$  мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.

5. Пациент является временно нетрудоспособным.

6. Заполняется амбулаторная карта, направления на исследования, рецепты, листок нетрудоспособности.

7. Устанавливается пожизненное диспансерное наблюдение с частотой осмотров не реже 2 раз в год.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

Пациентка А, 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С. Больна в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налётом беловатого цвета, легко снимающимся, налёт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.

В анализе крови: лейкоциты -  $13,5 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин - 121 г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

#### Задача 2

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

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

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

### 4. Задания для групповой работы

Вариант задания - ролевая игра: визит пациента в поликлинику.

В поликлинику обратился пациент 48 лет с диагнозом острая пневмония.

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

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

#### Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

#### Вопросы по теме:

1. Каков порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу?

2. Охарактеризуйте особенности организации деятельности врача- терапевта участкового?

3. Перечислите критерии эффективности деятельности врача- терапевта участкового

4. Перечислите первичную документацию в поликлинике

5. Правила заполнения первичной документации в поликлинике.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

#### Задание №1.

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

Когда болезнь будет доступна регистрации?

1) при подаче больничного листа

2) при обращении за медицинской помощью

3) в случае смерти

4) при госпитализации больного

5) при направлении на ВК, МСЭ

#### Задача №2.

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

1) штатные нормативы

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

**Задача №3.**

В городскую поликлинику 20 марта в 10 утра обратилась пациент, 30 лет, проживающая в районе обслуживания поликлиники. Был выставлен диагноз «Острый энтероколит». Какие документы должен заполнить врач.

- 1) амбулаторную карту
- 2) талон амбулаторного пациента
- 3) экстренное извещение о профессиональном отравлении
- 4) экстренное извещение об инфекционном заболевании

**Задача №4.**

В городскую поликлинику обратился пациент, 45 лет, проживающий вне района обслуживания поликлиники. При себе он имел медицинский полис и паспорт, в приеме врач ему отказал. Прав ли был врач?

- 1) да
- 2) нет

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.



2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
  3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
  4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
  5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
  6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
  7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
  8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
  9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
  10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
  11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
- и другие клинические рекомендации.

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

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

**Тема 1.3: Делопроизводство участкового врача. Учетно-отчетная документация. Особенности оформления и ведения документации в поликлинике.**

**Цель:** формирование знаний и умений в вопросах ведения учетно-отчетной документации и основ делопроизводства в работе участковой службы поликлиники.

**Задачи:**

- 1) Формирование представлений у студентов об организации первичной медико-санитарной помощи;
- 2) Формирования умений работы с деловой медицинской документацией
- 3) Формирование представлений о ведение учетно-отчетных форм,
- 4) Формирование понятий по электронной медицинской карте.

**Обучающийся должен знать:**

- перечень основной документации терапевтического участка и формы документации;
- правила оформление листка нетрудоспособности;
- правила оформления медицинской карты амбулаторного пациента;
- правила оформления экстренного извещения об инфекционном заболевании;
- правила оформления рецепта на лекарственные средства;
- принципы оформления паспорта участка.

**Обучающийся должен уметь:**

- использовать алгоритм выдачи листка нетрудоспособности;
- использовать принципы делопроизводства в работе с документацией
- применить правила по ведению медицинской карты амбулаторного пациента при оформлении посещений, эпикризов, информированного согласия, заключения по итогам диспансеризации
- оформить экстренного извещения об инфекционном заболевании;
- применить алгоритм оформления рецептов на лекарственные средства;
- анализировать паспорт участка.

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой оформления листка нетрудоспособности;
- основами делопроизводства в работе с документацией
- навыками заполнения медицинской карты амбулаторного пациента при оформлении посещений, эпикризов, информированного согласия, заключения по итогам диспансеризации)

- навыками оформления санаторно-курортной карты
- навыками оформления экстренного извещения об инфекционном заболевании;
- навыками оформления рецептов на лекарственные средства;
- методикой анализа паспорт участка.

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Порядок оформления справки о смерти, эпикриза
2. Правила оформления санаторно-курортной карты
3. Виды рецептов и правила выдачи рецептов на лекарственные средства
4. Правила выдачи листка нетрудоспособности
5. Оформление эпикриза, явки и контрольной карты диспансерного наблюдения.

#### **2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков написания амбулаторной карты, заполнения листков нетрудоспособности ).

#### **Варианты тестовых заданий**

1. Выберите все правильные ответы.

В обязанности врача-терапевта участкового входит:

- а) оказание медицинской помощи \*
- б) направление на санаторно-курортное лечение \*
- в) определение группы инвалидности
- г) выдача листка нетрудоспособности \*

2. Выберите один правильный ответ.

Нормативное количество населения на терапевтическом участке:

- а) 1200 человек
- б) 1700 человек \*
- в) 2500 человек
- г) 5000 человек

3. 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

4. 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

5. Выберите один наиболее правильный ответ.

При выявлении инфекционного заболевания на терапевтическом участке оформляется:

- а) листок нетрудоспособности
- б) экстренное извещение об инфекционном заболевании \*
- в) контрольная карта диспансерного больного
- г) карта учёта диспансеризации

6. Выберите один правильный ответ.

К мерам первичной медицинской профилактики относятся:

- а) санаторно-курортное лечение
- б) противорецидивное лечение
- в) гигиеническое воспитание населения \*
- г) реабилитационные мероприятия

7. 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

#### **3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задачи.

Заполнить необходимую медицинскую документацию пациенту:

- Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях,
- Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях,
- Контрольная карта диспансерного наблюдения.

В поликлинику обратился пациент М. 65 лет по поводу повышенного артериального давления. Врач выставил диагноз Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, ГЛЖ, риск 3. ХСН I ст, 2 ФК.

Алгоритм заполнения медицинской документации:

#### **Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у)**

Медицинская карта является основным первичным медицинским документом больного, лечашегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара, или его смерти, медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику.

В случае смерти больного, одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти.

Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

На титульном листе медицинской карты амбулаторного больного предусмотрено место для записи заболеваний, по поводу которых больной был взят под диспансерное наблюдение, с указанием дат взятия и снятия с учета и причины снятия.

Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), на титульном листе он записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных, заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.

Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносится новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом, обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы.

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случае, когда поставленный и записанный на "лист" диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на "лист".

В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.), записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.

Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на "листе" знаком "+" (плюс).

Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т.д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на "листе" знаком "+" (плюс).

Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в порядке текущих наблюдений. Здесь же записываются консультации специалистов, ВКК и т.д.

Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре: в поликлиниках - по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в ЦРБ и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

#### **Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма N 025-1/у)**

1. Учетная форма N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" оформляется медицинскими организациями (иными организациями), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и заполняется на всех пациентов, обращающихся в эти медицинские организации, при каждом их обращении и посещении к врачу.

Медицинские работники со средним профессиональным образованием, ведущие самостоятельный прием, заполняют журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2. Сведения для заполнения Талона берутся из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, формы N 025/у, и других медицинских документов.

3. Заполнение данных в Талоне производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Записи производятся на русском языке, без сокращений. Допускаются записи лекарственных средств на латинском языке.

4. Врач-статистик или медицинский статистик контролируют правильность заполнения Талона и правильность кодирования диагнозов в соответствии с МКБ-10. При неправильном кодировании код МКБ-10 должен быть исправлен и приведен в соответствие с записанной формулировкой диагноза, при неправильном оформлении Талон должен быть возвращен врачу для исправления.

#### **Порядок заполнения учетной формы N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения"**

1. Учетная форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (далее - Карта) является учетным медицинским документом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющей диспансерное наблюдение.

2. Карта заполняется медицинскими организациями и их структурными подразделениями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

3. Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

4. Карты не ведутся на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

5. Номер Карты должен соответствовать номеру "Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (форма N 025/у).

6. Карта на гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой "Л".

### **3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии**

#### **Задача №1**

В поликлинику обратился пациент М. 65 лет по поводу повышенного артериального давления. Врач выставил диагноз гипертонической болезни.

**Задача №2**

Пациенту, м., 29 лет выдали в поликлинике больничный лист по поводу острой респираторной вирусной инфекции.

**Задача №3**

Пациент, М., 35 лет, обратился в поликлинику по поводу болей в сердце. Какие документы необходимо ему иметь?

**4. Задания для групповой работы**

**Заполнить «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (форма 030/у) приследующих клинических ситуациях:**

Задача № 1. Цирроз печени вирусной этиологии (HCV + ), акт. II-III ст., класс В по Чайлд-Пью.

Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода II ст.

Выраженная спленомегалия. Гиперспленизм I ст.

Хроническая печеночная энцефалопатия.

Анемия легкой степени тяжести смешанного генеза.

Задача № 2. Неспецифический язвенный колит, слизисто – геморрагическая форма, активность II – III ст. Левосторонний тип. Дисбактериоз кишечника. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия.

Задача № 3. Гемофилия А. Гемартроз правого плечевого сустава.

Задача № 4. Хроническая ревматическая болезнь сердца

Митральный стеноз. Митральная комиссуротомия (1994 г.)

Рестеноз митрального клапана.

Высокая легочная гипертензия.

Фибрилляция предсердий, постоянная форма.

Недостаточность кровообращения II А ст., функциональный класс III ст.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Вопросы по теме**

1. Организация оказания медицинской помощи в рамках реализации действующих законов (№323 –ФЗ, № 326-ФЗ)
  2. Функциональные обязанности регистратуры
  3. Права и обязанности врача-терапевта участкового
  4. Организация диспансеризации и профилактического медицинского осмотра
  5. Тактика врача-терапевта участкового при выявлении инфекционного заболевания
  6. Льготное лекарственное обеспечение.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. Выберите один правильный ответ.

На льготное лекарственное обеспечение имеют право пациенты с:

- а) сахарным диабетом \*
- б) остеоартритом
- в) язвенной болезнью
- г) ХОБЛ

2. Выберите все правильные ответы.

Учетная форма N 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» оформляется:

- а) на пациентов, обращающихся за медицинской помощью только в специализированные 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

3. 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

4. Выберите один правильный ответ.

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/y)\*  
 г) «галона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма n 025-1/y)

5. Выберите все правильные ответы.

Законом РФ "О медицинском страховании граждан" № 326 - ФЗ предусмотрены следующие виды медицинского страхования граждан РФ:

- а) обязательное медицинское страхование \*  
 б) добровольное медицинское страхование \*  
 в) смешанное медицинское страхование  
 г) дополнительное медицинское страхование

**Заполнить «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (форма 030/y)**

**Задача № 1.** Системная красная волчанка, III ст., подострое течение с преимущественным поражением сердца (волчаночный миокардит, вальвулит митрального клапана), развитием васкулита (подногтевой капиллярит), поражением кожи (эритема, бабочка), суставов (артрит суставов кисти), почек (гломерулонефрит с мочевым синдромом).  
 Недостаточность кровообращения II Б ст., функциональный класс III.  
 Хроническая почечная недостаточность I ст.

**Задача № 2.** Ревматоидный артрит, медленно – прогрессирующее течение, активность I ст, серонегативный  
 С преимущественным поражением проксимальных межфаланговых суставов IV стадии, пястнофаланговых III ст., плюснефаланговых суставов IV ст., лучезапястных суставов III ст., коленных суставов III ст.  
 Функциональная способность больного II ст.

**Задача № 3.** Хроническая обструктивная болезнь легких: тяжелой степени тяжести.  
 Хронический гнойный бронхит, непрерывно-рецидивирующее течение.  
 Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II ст.  
 Хроническое легочное сердце, декомпенсированное.  
 Недостаточность кровообращения II Б ст., функциональный класс III ст.

**Задача № 4.** Хронический гломерулонефрит единственной правой почки, смешанная форма (нефротический синдром и артериальная гипертензия).  
 Хроническая почечная недостаточность II Б ст.

**Задача № 5.** ИБС: Стенокардия напряжения ф.кл.III.  
 Постинфарктный кардиосклероз.  
 Мерцательная аритмия, постоянная форма.  
 Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга. Симптоматическая гипертония.  
 Недостаточность кровообращения II Б, ф.кл. III.

**Задача № 6.** ХОБЛ тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит, непрерывно-рецидивирующее течение, обострение.  
 Перибронхиальный пневмосклероз. Эмфизема легких. ДН II.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

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

#### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017

и другие клинические рекомендации.

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

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

#### **Тема 1.4: Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях. Работа процедурного кабинета.**

**Цель:** формирование знаний и освоение принципов оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в амбулаторной практике

**Задачи:**

1. изучить общие принципы организации медицинской помощи в неотложных и экстренных случаях;

- изучить нормативные правовые акты, регулирующие перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи;
- ознакомиться с требованиями к комплектации и хранению противошоковой аптечки процедурного кабинета и тактикой оказания помощи при анафилактическом шоке
- ознакомиться с алгоритмами помощи при неотложных и критических состояниях пациентам в поликлинике (шок, ОКС, Криз, ОСН и др)

#### **Обучающийся должен знать:**

- общие принципы организации медицинской помощи в неотложных и экстренных случаях
- алгоритмы помощи при неотложных и критических состояниях пациентам в поликлинике (шок, ОКС, гипертонический криз, ОСН и др)
- определение понятия «шок», виды шока, основные клинические проявления анафилактического шока, диагностические критерии, алгоритм оказания помощи, профилактика анафилактического шока.
- требования к комплектации и хранению противошоковой аптечки процедурного кабинета

#### **Обучающийся должен уметь:**

- применять нормативные правовые акты, регулирующие перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи
- выявлять признаки неотложных состояний, и состояний, требующих экстренной помощи
- организовывать мероприятия по оказанию первой помощи
- привлекать дополнительный медицинский персонал (дежурный персонал поликлиник, стационаров, вызов скорой медицинской помощи и др.);
- применить алгоритмы неотложной помощи
- проводить дифференциальный диагноз
- определять показания для госпитализации.

#### **Обучающийся должен владеть:**

- навыками оказания первой помощи пациентам с анафилактическим шоком, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания.
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения.
- навыками работы в кабинете неотложной помощи в поликлинических условиях.
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС.
- методикой профилактики возникновения анафилактических реакций.

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

- Организация работы кабинетов/отделений неотложной помощи поликлиники
- Неотложная помощь при кардиогенном шоке.
- Правила хранения препаратов, входящих в комплектацию противошоковой аптечки
- Этиология и патогенез анафилактического шока.
- Клиника и диагностика анафилактического шока
- Интенсивная терапия и профилактика анафилактического шока.

##### **2. Практическая работа**

Работа в кабинете неотложной помощи поликлиники, в процедурном кабинете.

#### **Решение тестовых заданий:**

Выберите все правильные ответы.

1. Основными признаками клинической смерти являются:

- нитевидный пульс на сонной артерии
- расширение зрачков\*
- отсутствие пульса на сонной артерии\*
- отсутствие пульса на лучевой артерии
- отсутствие дыхания

2. Установите соответствие между понятиями:

- Базовые реанимационные мероприятия
- Расширенные реанимационные мероприятия
  - обеспечение проходимости дыхательных путей
  - непрямой массаж сердца
  - выполняются только медицинскими работниками
  - включают в себя инвазивные и специальные методики

Ответ: 1 – А, Б ; 2– В, Г.

Выберите один правильный ответ

3. Потеря сознания при внезапном прекращении кровообращения в головном мозге наступает через \_\_\_\_\_ секунд

- 7 – 10 \*
- 15 – 30
- 30 – 45
- 60 – 70

4. Укажите последовательность развития симптомов при внезапном прекращении кровообращения в организме ("асистолии")

- выключение сознания, появление судорог, расширение зрачков\*
- 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

8. Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:

- 1) верхняя треть грудины
- 2) средняя треть грудины
- 3) сраницы между средней и нижней третью грудины\*
- 4) нижняя треть грудины
- 5) мечевидный отросток

### 3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задачи:

- Определить и обосновать неотложное состояние, развившееся у пациента.
- Составить алгоритм оказания неотложной помощи и обосновать каждый этап.
- Тактика дальнейшего ведения пациента. Профилактика.

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В процедурном кабинете поликлиники проводилась внутримышечная инъекция пенициллина, разведённого 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 резкого покалывания, зуд кожи лица, чувство страха, ощущение тяжести за грудиной и затрудненное дыхание.

<b>1. Предварительный диагноз.</b>
У пациента развился анафилактический шок 1 степени на новокаин или пенициллин. После введения лекарственных средств резко ухудшилось состояние, появились нарушения гемодинамики – падение АД, тахикардия.
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен не полностью.
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>2. Алгоритм оказания неотложной помощи</b>
<b>Алгоритм действий при первых признаках анафилаксии:</b> 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. <b>Диагностика и лечение аллергических реакций по системе ABCDE :</b> • <b>A – airway</b> (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 увлажнённого кислорода (> 10 л/мин) с дальнейшим титрованием для поддержания целевой SpO <sub>2</sub> = 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.  • <b>B – breathing</b> (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. PaCO <sub>2</sub> – основной критерий адекватности вентиляции



<p>ции, при необходимости проведение ИВЛ по данным газов крови и клиническим показаниям;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• C – circulation (кровообращение). Шок чаще всего связан с гиповолемией вследствие вазодилатации, увеличения проницаемости сосудов и потерей внутрисосудистого объёма.</li> </ul> <p>Низкое диастолическое давление предполагает артериальную вазодилатацию, а снижение пульсового давления – артериальную вазоконстрикцию.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D – disability (отсутствие сознания)</li> </ul> <p>Необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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);</li> <li>– при необходимости приступить к реанимационным мероприятиям по протоколу ABC;</li> <li>– обколоть место инъекции 0,1%-ным р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена;</li> <li>– обеспечить венозный доступ и ввести внутривенно 0,1%-ный раствор адреналина 0,5 мл;</li> <li>– осуществлять контроль за состоянием пациента (АД, ЧД, пульс, ЭКГ, пульсоксиметрия);</li> <li>– положить на место инъекции пузырь со льдом;</li> <li>– начать инфузию 0,9%-ного раствора хлорида натрия в объеме до 1000 – 2000мл;</li> <li>– Гидрокортизон (в/м или медленно в/в);</li> <li>– ввести внутривенно антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2 % раствор супрастина или 2 % раствор пипольфена или 1 % раствор димедрола);</li> <li>– подготовиться к транспортировке пациента в отделение интенсивной терапии</li> </ul>
<b>2 балла:</b> Алгоритм неотложной помощи составлен верно
<b>1 балл:</b> Алгоритм оказания неотложной помощи приведён с небольшими неточностями
<b>0 баллов:</b> Алгоритм оказания неотложной помощи не сформулирован.
<p align="center"><b>3. Тактика дальнейшего ведения пациента. Профилактика.</b></p> <p>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).</p> <p>Человеку, перенесшему АШ, показано освобождение от прививок, не показано лечение антибиотиками пенициллинового ряда, использование новокаина.</p> <p>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.</p> <p>Необходима консультация аллерголога-иммунолога.</p>
<b>2 балла:</b> Тактика ведения составлена верно
<b>1 балл:</b> Тактика ведения составлена с небольшими неточностями
<b>0 баллов:</b> Тактика ведения не сформулирована.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача1

В холле поликлиники, где стоял резкий запах антисептика, у пациента 42 лет внезапно развился приступ удушья. Пациент сидит, опираясь руками о края стула, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, частота дыхательных движений — 38 в мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы.

#### Задача2

Пациентке В., 19 лет, под местной анестезией новокаином выполнялась экстракция зуба. Через 5-7 минут после введения препарата пациентка почувствовала затруднение дыхания, появление отека в области лица, чувства внутренней тревоги, слабости. Со слов больной, до настоящего времени считала себя практически здоровым человеком.

При осмотре: состояние больной тяжелое, возбуждена. Беспокоит чувство жара в теле, шум в ушах, непродуктивный кашель. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы с элементами уртикарных высыпаний в области спины, груди, плеч, отек в области губ, лица, незначительный акроцианоз. Дыхание с шумным выдохом, свистящие хрипы слышны на расстоянии. Грудная клетка нормостеническая, в акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы. При пальпации грудная клетка безболезненна; ЧД - 26 уд/мин. При сравнительной перкуссии – ясный легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких – выдох почти в 2 раза продолжительнее вдоха, дыхание проводится во все отделы, выслушивается большое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, не разлитой. Границы относительной тупости сердца: правая на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя на уровне нижнего края III ребра, левая на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 130 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 80/60 мм рт. ст. (исходное АД до экстракции зуба – 120/80 мм.рт.ст.). Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания; при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени пальпируется у края реберной дуги, гладкий, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10 x 9 x 8 см. Селезенка не увеличена.

### 4. Задания для групповой работы

1. Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе в кабинете неотложной помощи поликлинике.
2. Рассмотреть при работе в малых группах принципы непрямого массажа сердца

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

### Вопросы по теме:

1. Определение понятия «анафилактический шок».
2. Этиологические и предрасполагающие факторы развития анафилактического шока.
3. Патогенетические механизмы развития анафилактического шока. Особенности патогенеза анафилактоидных реакций.
4. Классификация анафилактического шока.
5. Клинические проявления анафилактического шока. Основные диагностические признаки.
6. Дифференциальная диагностика анафилактических и анафилактоидных реакций.
7. Тактика ведения пациентов с анафилактическими реакциями. Последовательность неотложных мероприятий.
8. Принципы профилактики анафилактических заболеваний.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

### Тестовые задания

*Выберите один правильный ответ.*

1. Анафилактический шок является:

- а) острой системной реакцией организма на повторный контакт с аллергеном;\*
- б) острой системной реакцией на первичный контакт с антигеном;
- в) проявлением хронического вирусного заболевания;
- г) эквивалентом гипофункции контррегуляторных систем организма;
- д) ярким примером реакций гиперчувствительности замедленного типа.

2. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) прием аспирина;\*
- б) тепловой удар;
- в) употребление минеральной воды;
- г) стрессовые состояния;
- д) массивная кровопотеря.

3. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) употребление термальной воды;
- б) солнечный удар;
- в) парентеральное введение противостолбнячной сыворотки;\*
- г) закрытая черепно-мозговая травма;
- д) массивная кровопотеря.

4. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) укус муравья;\*
- б) тепловой шок;
- в) употребление соли;
- г) психологический стресс;
- д) легочное кровотечение.

5. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) укус собаки;
- б) тепловой шок;
- в) употребление соли;
- г) использование предметов из латекса;\*
- д) легочное кровотечение.

6. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) укус кошки;
- б) тепловой шок;
- в) употребление сахарозы;
- г) парентеральное введение Экстенциллина;\*
- д) легочное кровотечение.

7. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) укус собаки;
- б) тепловой шок;
- в) употребление в пищу арахиса;\*
- г) использование одежды из шелка;
- д) легочное кровотечение.

8. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) укус кошки;
- б) геморрагический шок;
- в) употребление сорбита;
- г) употребление рыбы;\*
- д) маточное кровотечение.

9. Причиной развития анафилактического шока может быть:

- а) укус лисы;
- б) болевой шок;
- в) употребление соли;
- г) парентеральное введение новокаина;\*
- д) легочное кровотечение.

10. В аллергических реакциях немедленного типа наибольшее значение имеет:

- а) либераторы гистамина;

- б) наличие IgE;\*
- в) наличие IgA;
- г) гипофункция реснитчатого эпителия;
- д) наличие гиперчувствительности замедленного типа.

11. Для I степени анафилактического шока характерно:

- а) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
- б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- в) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;\*
- г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

12. Для II степени анафилактического шока характерно:

- а) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
- б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия; в) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
- г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.\*

13. Для III степени анафилактического шока характерно:

- а) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, эффективная противошоковая терапия;
- б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- в) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;
- г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;\*
- д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

14. Для IV степени анафилактического шока характерно:

- а) стремительное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;+
- б) медленное развитие, коллаптоидное состояние, неэффективная противошоковая терапия;
- в) незначительные нарушения гемодинамики, больной в сознании, эффективная противошоковая терапия;\*
- г) нарушение сознания, судорожный синдром, АД 50/0 мм.рт.ст., цианоз;
- д) непроизвольная дефекация, бронхоспазм, бледность кожи, АД 80/40 мм.рт.ст., тахикардия.

15. Лабораторный маркер,

отражающий наличие и степень анафилаксии при анафилактическом шоке:

- а) трипсин;
- б) ГМ-КСФ;
- в) альдолаза;
- г) триптаза;\*
- д) АСЛ-О.

16. При наличии асфиксии, обусловленной отеком гортани, показано проведение:

- а) интубации;
- б) катетеризации периферической вены;
- в) катетеризации мочевого пузыря;
- г) трахеостомии;\*
- д) плевральной пункции под УЗИ-контролем.

*Выберите один неправильный ответ*

17. Формами анафилактического шока являются:

- а) асфиксическая;
- б) гемодинамическая;
- в) церебральная;
- г) абдоминальная;
- д) инфекционная.\*

18. К противошоковым препаратам относятся:

- а) эпинефрин;
- б) норэпинефрин;
- в) допамин;
- г) преднизолон;
- д) стрептокиназа.\*

19. Укажите последовательность неотложных мероприятий при анафилактическом шоке:

- а) наложение жгута;
- б) прекращение поступления в организм предполагаемого аллергена;
- в) парентеральное введение растворов эпинефрина, преднизолона, декстрана;
- г) сердечно-легочная реанимация при остановке дыхания и кровообращения;
- д) обкалывание места поступления аллергена раствором эпинефрином.

Эталон ответа : б-а-г-в-д

*Выберите один правильный ответ.*

20. Осложнениями анафилактического шока могут быть:

- а) тромбоэмболии различных локализаций;\*
- б) тепловой шок;
- в) болевой шок;
- г) маниакально-депрессивный синдром;
- д) гипервитаминоз Д.

21. Какова доза подкожно вводимого эпинефрина при анафилактическом шоке:

- а) 0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина;\*
- б) 2,5 мл 1% раствора эпинефрина;
- в) 0,5 мл 0,001% раствора эпинефрина;
- г) 50 мл 0,1% раствора эпинефрина;
- д) 0,5 мл 0,01% раствора эпинефрина.

22. Аллергологическое обследование (уточнение сенсibilизации) пациента с анафилактическим шоком проводят:

- а) параллельно противошоковым мероприятиям;
- б) через 7 суток после перевода из реанимационного отделения;
- в) через 12 месяцев после развития анафилактического шока;\*
- г) сразу после стабилизации состояния больного;
- д) через 6 недель после выписки из стационара.

23. Какой препарат необходимо использовать в случае развития анафилактического шока вследствие применения пенициллинов?

- а) бициллин-3;
- б) пенициллиназа;\*
- в) эритромицин;
- г) цефтриаксон;
- д) альдолаза.

24. После перенесенного анафилактического шока может развиваться следующее осложнение:

- а) парапроктит;
- б) делирий;
- в) миокардит;\*
- г) остеомиелит;
- д) синдром Ди-Джорджи.

25. Укажите ошибку! После перенесенного анафилактического шока может развиваться следующее осложнение:

- а) гепатит;
- б) гломерулонефрит;
- в) миокардит;
- г) диффузное поражение нервной системы;
- д) синдром Ниймеген.\*

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная литература**

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

##### **Дополнительная литература**

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения
6. атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
7. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
8. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
9. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
10. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
11. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
12. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
13. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
14. и другие клинические рекомендации.

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

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

## **Раздел 2. Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение.**

### **Тема 2.3: Общие вопросы диспансеризации и профилактического медицинского осмотра.**

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

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

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

## 2. Практическая работа

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

### Решение тестовых заданий:

Выберите один правильный ответ

1. Учетным документом для регистрации пациента, взятого на диспансерное наблюдение, является:

- а) карта ежегодной диспансеризации
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения \*
- в) статистический талон
- г) амбулаторная карта

2. Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция:

- а) факторов риска \*
- б) здорового образа жизни
- в) борьбы с вредными привычками
- г) индивидуальной профилактики

3. По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются \_\_\_\_\_ группы здоровья:

- а) 4
- б) 3 \*
- в) 2
- г) 1

4. Краткое профилактическое консультирование по итогам 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:

- а) врач отделения медицинской профилактики
- б) врач-терапевт участковый \*
- в) врач дневного стационара
- г) врач-кардиолог поликлиники

5. Краткое профилактическое консультирование занимает \_\_\_\_ минут

- а) 60
- б) 30
- в) 10
- г) 3- 5 \*

Установите соответствие.

6. Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее

- 1) «высокому риску»
- 2) «очень высокому риску»
- А) от 5% до 10%
- Б) менее 5%
- В) 10% и более
- Г) менее 1%

Эталон ответа 1- А), 2 – В)

7. Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее:

- 1) «умеренному риску»
- 2) «низкому риску»
- А) менее 1%
- Б) 10% и более
- В) от 1% до 5%
- Г) 5% и более

Эталон ответа 1 – В), 2 – А)

### 3. Решить ситуационные задачи

1). Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Гражданин А-в, 51 года, работает инженером. Приглашен в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации определенных групп взрослого населения. В кабинете доврачебного приёма заполнил анкету по диспансеризации (см.анкету), проведена антропометрия: масса тела 70 кг, рост 182см. При регистрации ЭКГ патологии не выявлено.

При осмотре врачом – терапевтом участковым в рамках 1 этапа - жалоб активно не предъявляет. Из анамнеза - выезжает в командировки ежемесячно, работа напряженная, нервная. Находится на диспансерном наблюдении по поводу ХОБЛ, ингаляторами не пользуется, врача посещает нерегулярно

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. АД 140/80 мм.рт.ст. ЧСС 65 уд. в мин. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена.

Лабораторные исследования: общий холестерин – 7,0 ммоль/л, глюкоза крови – 4,2 ммоль/л.

#### Вопросы:

1. Оцените анкету и выделите факторы риска.
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с 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

#### Анкета к задаче

Анкета для граждан **в возрасте до 75 лет** на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.: А-в		Пол: м	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 51	
Поликлиника №1		Врач/фельдшер:	
<b>1</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>2</b>	<b>Был ли у Вас инфаркт миокарда?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>3</b>	<b>Был ли у Вас инсульт?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>4</b>	<b>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)?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>5</b>	<b>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)</b>	<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
<b>6</b>	<b>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?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>7</b>	<b>Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)</b>		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
<b>8</b>	<b>Возникла 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?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>9</b>	<b>Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>10</b>	<b>Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?</b>	<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
<b>11</b>	<b>Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?</b>	<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
<b>12</b>	<b>Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
<b>13</b>	<b>Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?</b>	Да	<input checked="" type="radio"/> Нет



14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?		Да	<input type="radio"/> Нет
15	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?		Да	<input type="radio"/> Нет
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		Да	<input type="radio"/> Нет
17	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		Да	<input type="radio"/> Нет
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?		Да	<input type="radio"/> Нет
19	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)		<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? Сигарет		20	в день
21	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?		До 30 минут	30 минут и более
22	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?		Да	<input type="radio"/> Нет
23	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?		Да	<input type="radio"/> Нет
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?		Да	<input type="radio"/> Нет
25	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?			
	Никогда (0 баллов)	<input checked="" type="radio"/> Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 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)	<input checked="" type="radio"/> 3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 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)	<input checked="" type="radio"/> Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна		3 балла		

#### Эталон решения задачи

1	Оцените анкету и выделите факторы риска.
-	Отягощенная наследственность по онкопатологии, вероятность ТИА/ОНМК, курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, гиперхолестеринемия.
2	Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
-	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска, краткое профилактическое консультирование, ФЛГ, кровь на ПСА, исследование кала на скрытую кровь.
3	Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной риска, если бы пациент не курил
-	Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск – 6% (высокий), если бы не курил – 3% (средний)
4	Установите группу состояния здоровья и группу диспансерного наблюдения. Целевые уровни модифицируемых факторов риска
-	Группа состояния здоровья и группу диспансерного наблюдения – 3А у участкового терапевта, пульмонолога; коррекция факторов риска в кабинете/отделении медицинской профилактики, Центре здоровья. Целевые уровни модифицируемых факторов риска – не курить, уровень общего холестерина <4,5 ммоль/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 этапе диспансеризации приеме врача-терапевта. Продолжительность 3-5 минут. Проводится адресное информирование пациента об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, содействие мотивированию пациента, обучение практическим навыкам (здорового питания, рационального распределения физической активности, отказа от вредных для здоровья поведенческих привычек и т.п.) Пациента направляют на второй этап диспансеризации, консультация невролога (вероятность ТИА/ОНМК), углубленное профилактическое консультирование. После диспансеризации: ФГДС, диспансерное наблюдение по поводу ХОБЛ, направление в школу здоровья по ХОБЛ, установление целевых уровней отдельных показателей и ознакомление пациента с ними, коррекция лечения (если требуется) и назначение даты следующей явки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

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

Жалобы на кашель по утрам.

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

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

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

**Вопросы:**

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

**Анкета к задаче**

**Анкета для граждан в возрасте до 75 лет на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.**

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.: Н-а		Пол: ж	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 54	
Поликлиника № 1		Врач/фельдшер:	
<b>1</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>2</b>	<b>Был ли у Вас инфаркт миокарда?</b>	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>3</b>	<b>Был ли у Вас инсульт?</b>	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>4</b>	<b>Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваш их близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?</b>	Да	<input type="radio"/> Нет

5	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	<input type="radio"/> Нет
6	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?	Да	<input type="radio"/> Нет
7	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
8	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	Да	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Нет
10	Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?	<input type="radio"/> Да	Нет
11	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?	<input type="radio"/> Да	Нет
12	Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?	<input type="radio"/> Да	Нет
13	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?	Да	<input type="radio"/> Нет
14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	<input type="radio"/> Нет
15	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?	Да	<input type="radio"/> Нет
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	<input type="radio"/> Нет
17	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?	<input type="radio"/> Да	Нет
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?	<input type="radio"/> Да	Нет
19	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)	<input type="radio"/> Да	Нет
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? Сигарет <u>15-18</u> в день		
21	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?	До <u>30 минут</u>	30 минут и более
22	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Да	<input type="radio"/> Нет
23	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?	Да	<input type="radio"/> Нет
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?	Да	<input type="radio"/> 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	<b>Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?</b> 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	<b>Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?</b> 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
<b>ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна <u>3</u> балла</b>					

#### 4. Задания для групповой работы

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

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы: по теме:**

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

3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания**

1. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» диспансеризация проводится в \_\_\_\_ этапа
  - а) три
  - б) пять
  - в) два \*
  - г) четыре

2. Установите соответствие.

1) первый этап диспансеризации включает:

2) второй этап диспансеризации при наличии показаний включает:

- А) скрининговые исследования на ХНИЗ
- Б) оценку сердечно-сосудистого риска
- В) консультации узких специалистов
- Г) спирометрия

Эталон ответа: 1 – А) Б), 2 – В) Г)

3. Установите соответствие.

По По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения

1) I группа здоровья

2) II группа здоровья

- А) пациенты, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития
- Б) пациенты, имеющие низкий или средний сердечно-сосудистый риск
- В) пациенты, имеющие высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск
- Г) пациенты с ожирением и (или) гиперхолестеринемией ( 8 ммоль/л и более)

Эталон ответа: 1 – А), Б), 2 – В), Г)

Выберите один правильный ответ

4. С позиции доказательной медицины наиболее широко применяются гиполипидемические препараты

- а) никотиновой кислоты
- б) статины \*

- в) фибраты
- д) секвестранты желчных кислот

5. Установите соответствие.

Целевой уровень ХС-ЛНП у лиц

- 1) с высоким суммарным кардиоваскулярным риском
- 2) умеренным суммарным кардиоваскулярным риском
- А) <3,5 ммоль/л
- Б) <3,0 ммоль/л
- В) <2,5 ммоль/л
- Г) <1,8 ммоль/л
- Д) <1,5 ммоль/л

Эталон ответа: 1 – В), 2 – Б)

Выберите один правильный ответ

6. Целевой уровень ХС-ЛНП у больных ИБС

- а) <3,0 ммоль/л
- б) <2,5 ммоль/л
- в) <1,8 ммоль/л
- г) <1,5 ммоль/л\*

7. Сочетание артериальной гипертензии 180/110 мм рт.ст. и сахарного диабета позволяет отнести пациента к группе риска:

- а) низкого
- б) умеренного
- в) высокого
- г) очень высокого \*

8. Какой гиполипидемический препарат следует рекомендовать пациенту с артериальной гипертензией 2 стадии, 2 степени, риск высокий, с липидным профилем ОХС –7,3 ммоль/л, ХС-ЛНП 4,9 ммоль/л):

- а) холестирамин
- б) розувастатин \*
- в) омега-3 жирные кислоты
- г) эзетимиб

9. Рацион считается сбалансированным, если

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

10. Потребление простых углеводов должно составлять менее:

- а) 30% от калорийности
- б) 20% от калорийности
- в) 10% от калорийности \*
- г) 50% от калорийности

Выберите все правильные ответы.

11. Избыточная масса тела и ожирение увеличивают риск развития:

- а) артериальной гипертензии \*
- б) ишемической болезни сердца \*
- в) инсулинорезистентности \*
- г) бронхиальной астмы

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

#### Дополнительная литература

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

#### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

- Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

**Тема 2.4. Доклиническая диагностика и профилактика ХНИЗ в амбулаторно – поликлинической практике. Роль центров здоровья. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно – сосудистым риском. Работа в центре здоровья.**

**Цель:** формирование и закрепление знаний и умений по вопросам ранней диагностики, профилактики, лечения и динамического наблюдения пациентов с ХНИЗ и факторами риска их развития.

**Задачи:**

1. Изучить принципы использования диагностических критериев факторов риска и заболеваний, повышающих вероятность развития ХНИЗ, доклинической диагностики ХНИЗ в целях профилактики заболеваний и укрепления здоровья
2. Закрепить знания и умения по проведению обследования пациентов с целью ранней диагностики, профилактики, лечения и динамического наблюдения пациентов с ХНИЗ и факторами риска их развития
3. Сформировать умения по профилактическому консультированию пациентов
5. Сформировать умения по оформлению документации при осуществлении диспансеризации, диспансерного наблюдения
6. Воспитать потребность регулярной самостоятельной работы с регламентирующей документацией и монографической литературой.

**Обучающийся должен знать:**

- организационные аспекты и цели проведения диспансеризации, работы центра здоровья, отделения профилактики
- критерии выделения пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском – критерии групп здоровья
- правила организации и проведения профилактики ХНИЗ,
- принципы диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

**Обучающийся должен уметь:**

- провести обследование пациента, которому планируются профилактические мероприятия
- оценить первичную анкету и результаты обследования
- установить сердечно-сосудистый риск и группу здоровья
- выделить целевые группы проведения профилактического консультирования на всех этапах диспансеризации, в отделении профилактики, центре здоровья
- применить алгоритм профилактического консультирования
- установить целевые уровни факторов риска
- наметить план мероприятий для пациента с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском

**Обучающийся должен владеть:**

- методиками выявления, управления прогнозом и риском ХНИЗ
- методикой маршрутизации пациентов: профилактические мероприятия, скрининг, консультации специалистов
- методиками просвещения и санитарно-гигиенического обучения населения: пропаганда медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания.
- навыками эффективного общения формированию ЗОЖ

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Обоснование проведения диагностических процедур с целью выявления факторов риска ХНИЗ, определения степени их выраженности и опасности для здоровья, выявления доклинических и начальных проявлений ХНИЗ
2. Виды оказания медицинских услуг по коррекции (устранению или снижению) уровня факторов риска ХНИЗ и лечению доклинических и начальных проявлений ХНИЗ
3. Особенности проведения динамического диспансерного наблюдения больных ХНИЗ, а также граждан с высоким и очень высоким риском развития ХНИЗ
4. Определение понятия "здоровье", закономерности формирования здорового образа жизни семьи;
5. Организационные аспекты проведения диспансеризации, виды профилактического консультирования,
6. Алгоритмы проведения профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации взрослого населения, алгоритм проведения профилактического консультирования в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения.
7. Целевые группы углубленного профилактического консультирования. Диагностические критерии факторов риска и заболеваний, повышающих вероятность развития ХНИЗ. Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска.
8. Социально-гигиенические и медицинские аспекты профилактики наркоманий, токсикоманий, злоупотребления лекарственными препаратами, злоупотребления алкоголем, табакокурения.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы пациентов, участие в мероприятиях и акциях по формированию ЗОЖ, работа в центре здоровья, кабинете медицинской профилактики).

**3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Тактика ведения пациента.

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

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Пациентка, 42 года, по профессии продавец. В анамнезе дискинезия желчевыводящих путей, повышение АД (диагноз не уточнен). Анкетирование - жалоб нет, курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.  
Объективно - АД 130/80 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,5

ммоль/л, индекс массы тела 35,2 кг/м <sup>2</sup> Лабораторные показатели в пределах нормы. Рентгенологические исследования без патологии. Группа здоровья-1. Суммарный сердечно-сосудистый риск - менее 1% (низкий).
<b>Установите предварительный диагноз. Уточните факторы риска.</b>
Предварительный диагноз. Дискинезия желчевыводящих путей. Ожирение I степени. Факторы риска - курение, гиперхолестеринемия, ожирение I степени, нерациональное питание, низкая физическая активность
<b>2 балла</b> Предварительный диагноз и факторы риска оценены правильно
<b>1 балл</b> Предварительный диагноз поставлен правильно, однако не все уточнены факторы риска
<b>0 баллов</b> Диагноз и факторы риска оценены неправильно
<b>Тактика врача по дальнейшему ведению пациента?</b>
Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на 2 этап диспансеризации - липидный спектр крови (гиперхолестеринемия); углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики или центре здоровья по здоровому образу жизни (отказу от курения), рациональному питанию, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.
<b>Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе здоровья.</b>
Установление I группы здоровья обосновано низким сердечно-сосудистым риском и отсутствием заболеваний, требующих диспансерного наблюдения.
<b>2 балла</b> Группа здоровья и критерии принадлежности к ней определены правильно
<b>1 балл</b> Группа здоровья и критерии принадлежности сформулированы не в полном объеме.
<b>0 баллов</b> Группа здоровья и принадлежность к ней определены неправильно.
<b>Может ли быть изменена группа здоровья при уточнении характера артериальной гипертонии?</b>
При формировании заключительного диагноза рекомендуется уточнение диагноза артериальной гипертонии (контроль, самоконтроль, обследование). При уточнении диагноза диспансерная группа здоровья может быть изменена.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1.

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

Анкетирование - жалобы на боли в области живота, похудание, курит.

Объективно - АД 128/70 мм рт.ст. ОХС 3,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 17,5 кг/м<sup>2</sup>. ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск - 4% (умеренный)

Предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, последнее обострение 5 лет назад.

Подозрение на наличие новообразования в желудке (боли, снижение массы тела)

Факторы риска: курение.

#### Вопросы:

Установите предварительный диагноз.

Уточните факторы риска.

Тактика врача по дальнейшему ведению пациента.

Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе. Может ли быть изменена группа здоровья при формировании заключительного диагноза?

#### Задача 2.

Пациент М., 58 лет, В анамнезе функциональная диспепсия. Обострений не было три года. При прохождении периодического медицинского осмотра обратился с жалобами на периодически возникающие боли, приступообразного характера, преимущественно в левой боковой области по ходу нисходящей ободочной кишки, метеоризм, стул раз в 4-5 дней, тугой, иногда с примесью небольшого количества слизи; крови в кале не замечал. Отмечает значительное уменьшение симптомов после акта дефекации. Аппетит сохранен. Вес стабильный. Из анамнеза: в течение длительного времени работает бухгалтером, ведет малоподвижный образ жизни, работа часто связана со стрессовыми ситуациями. Суммарный сердечно-сосудистый риск –низкий.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые физиологической окраски. АД 130/80 мм рт.ст. РЗ = 78 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу нисходящего отдела толстой кишки. Периферические л/узлы не увеличены.

Лабораторно:

1. Общий анализ крови: НВ=120 г/л, эр. = 3,5 x 10<sup>12</sup>/л, СОЭ = 3 мм/час, общий белок = 65 г/л, альбумины - 40%, глобулины 60%.

2. per rectum: наружный геморрой, вне обострения.

Колоноскопия: выполнена тотальная колоноскопия, слизистая розовая, не изменена, сосудистый рисунок сохранен.

#### Вопросы:

Установите предварительный диагноз.

Уточните факторы риска.

Тактика врача по дальнейшему ведению пациента?



Установите группу здоровья и обоснуйте критерии принадлежности к данной группе. Может ли быть изменена группа здоровья при формировании заключительного диагноза

#### 4. Задания для групповой работы

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

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

#### **Вопросы по теме:**

1. Диагностические критерии факторов риска развития ХНИЗ.
2. Принципы проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
3. Скрининг в работе врача первичного звена. Определение и виды скрининга
4. Показания для применения скрининга Критерии оценки скрининговых исследований
5. Этические и юридические аспекты проведения профилактического консультирования.
6. Общие принципы укрепления здоровья.
7. Планирование и организация профилактических мероприятий на терапевтическом участке.
8. Принципы взаимодействия врача участкового и работа в команде с центром здоровья, кабинетом медицинской профилактики -отделением медицинской профилактики -центром медицинской профилактики

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания**

Выберите один правильный ответ

1.. Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция:

- а) факторов риска \*
- б) здорового образа жизни
- в) борьбы с вредными привычками
- г) индивидуальной профилактики

2. По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются \_\_\_\_\_ группы здоровья:

- а) 4
- б) 3 \*
- в) 2
- г) 1

3. Краткое профилактическое консультирование по итогам 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:

- а) врач отделения медицинской профилактики
- б) врач-терапевт участковый \*
- в) врач дневного стационара
- г) врач-кардиолог поликлиники

4. Краткое профилактическое консультирование занимает \_\_\_ минут

- а) 60
- б) 30
- в) 10
- г) 3- 5 \*

5. Установите соответствие.

Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее

- 1) «высокому риску»
  - 2) «очень высокому риску»
- А) от 5% до 10%
  - Б) менее 5%
  - В) 10% и более
  - Г) менее 1%

Эталон ответа:1- А), 2 – В)

6. Установите соответствие.

Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее:

- 1) «умеренному риску»
  - 2) «низкому риску»
- А) менее 1%
  - Б) 10% и более
  - В) от 1% до 5%
  - Г) 5% и более

Эталон ответа 1 – В), 2 – А)

**Рекомендуемая литература:****Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

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

10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

**Тема 2.5: Организация профилактического консультирования в амбулаторно поликлинической практике. Роль центра здоровья и отделения медицинской профилактики. Диспансерное наблюдение пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.**

**Цель:** Формирование и закрепление знаний и умений обучающихся, необходимых для проведения профилактического консультирования пациентов при осуществлении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения лиц, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.

**Задачи:**

1. Изучить принципы выявления и ведения пациентов, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск
2. Изучить алгоритмы диспансерного наблюдения лиц, имеющих высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск.
3. Формировать коммуникативных навыков эффективного общения при проведении профилактического консультирования

**Обучающийся должен знать:**

- виды профилактического консультирования.
- цели профилактического консультирования
- порядок организации и алгоритмы проведения краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации.
- принципы группового консультирования (школы здоровья)

**Обучающийся должен уметь:**

- выделять целевые группы пациентов для профилактического консультирования с учетом абсолютного и относительного сердечно-сосудистого риска, ожирения, гиперхолестеринемии, курения.
- выявлять целевые группы пациентов для углубленного профилактического консультирования на 2 этапе диспансеризации пациентов с ССЗ, с риском пагубного потребления алкоголя, наркотиков.
- выявлять целевые группы для углубленного профилактического консультирования на 2 этапе диспансеризации в возрасте 75 лет и старше в целях коррекции факторов риска или профилактики старческой астении углубленного профилактического консультирования
- осуществлять индивидуальный подход при проведении краткого профилактического консультирования

**Обучающийся должен владеть:**

- навыками выявления факторов риска
- навыками установления группы здоровья и диспансерного наблюдения
- навыками определения относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска у пациентов
- методикой установления группы здоровья
- коммуникативными навыками при работе с пациентом
- методикой краткого профилактического консультирования

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Виды профилактического консультирования, характеристика, цели, методики
2. Показания для проведения разных видов профилактического консультирования
3. Основные причины инвалидности и преждевременной смертности населения РФ.
4. Задачи врача-терапевта участкового при проведении профилактического консультирования
5. Основные задачи отделения (кабинета) медицинской профилактики, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении индивидуального и группового консультирования

Приемы эффективного консультирования при формировании ЗОЖ.

## 2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (оценка анкет, результатов скрининга, профилактического консультирования, оценка СС-риска, установление группы здоровья, др), освоение навыков проведения краткого профилактического консультирования по алгоритму.

Алгоритм проведения краткого профилактического консультирования:

1. Информирование пациента о выявленных заболеваниях и об имеющихся у него факторах риска
2. Объяснение пациенту с факторами риска их негативное влияние на здоровье, важность постоянного контроля факторов риска.
3. Оценка отношения пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Соотнесение факторов риска с ведущей жалобой.
4. Регистрация в амбулаторных картах факторов риска, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости.
5. Контроль выполнения рекомендаций, одобрение позитивных изменений и соблюдение рекомендаций, повторение советов при последующих визитах.

## 3. Решить ситуационные задачи

### 1) Алгоритм разбора задач

1. Оцените анкету и перечислите факторы риска, выявленные у пациента
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск. Сравните его с величиной риска, если бы пациент не курил
4. Установите группу здоровья пациента, целевые уровни модифицируемых факторов риска
5. Определите тактику дальнейшего ведения данного пациента
6. Проведите краткое профилактическое консультирование.

### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

И	-	<b>Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>
У		<b>Пациентка Н., 54 года, бухгалтер.</b> Приглашена на диспансеризацию определенных групп взрослого населения. Активно жалоб не предъявляет. В анамнезе хронических заболеваний и травм нет. Заполнила анкету по диспансеризации (см. анкету). <b>Объективно:</b> общее состояние удовлетворительное. Вес 78кг, рост 170см. АД во время 1-го посещения в положении сидя (среднее значение при двукратном измерении с интервалом 1 мин.) = 152/94 мм.рт. ст. Антигипертензивные препараты ранее не назначались, не принимала. Общий холестерин - 6,5 ммоль/л, глюкоза - 5 ммоль/л.
В	1	Оцените анкету и перечислите факторы риска, выявленные у пациентки
Э	-	Оценка анкеты: выявление наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, курение, низкая физическая активность, недостаточное употребление фруктов и овощей, досаливание пищи. Выявленные факторы риска: наследственная предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям, курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенный уровень АД, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия
Р2	-	Ответ соответствует эталону
Р1	-	Оценена анкета правильно и выявлено более 50% факторов риска
Р0	-	Оценена анкета неправильно и выявлено менее 50% факторов риска
В	2	Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
Э	-	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE, ЭКГ, ФГ- органов грудной клетки, маммография обеих молочных желез в двух проекциях, осмотр акушеркой, цитологическое исследование мазка с шейки матки, исследование кала на скрытую кровь, прием (осмотр) врачом-терапевтом, проведение краткого профилактического консультирования
Р2	-	Перечислены все исследования
Р1	-	Перечислены более 50% исследований
Р0	-	Перечислены менее 50% исследований
В	3	Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск
Э	-	Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск – 4%, категория умеренного (среднего) риска.
Р2	-	Ответ соответствует эталону
Р1	-	Правильно определен суммарный сердечно-сосудистый риск, но неправильно определена категория риска или наоборот
Р0	-	Неправильно определен суммарный сердечно-сосудистый риск, неправильно определена категория риска
В	4	Установите группу здоровья пациентки, целевые уровни модифицируемых факторов риска

Э	-	Группа здоровья – 3А у участкового терапевта (подозрение на ГБ); Целевые уровни модифицируемых факторов риска – уровень общего холестерина не более 5 ммоль/л, холестерина низкой плотности не выше 3 ммоль/л, АД<140/90 мм.рт.ст, рациональное питание, регулярная умеренная физическая активность, снижение массы тела
P2	-	Ответ соответствует эталону
P1	-	Правильно определил группу здоровья и не менее 50% целевых уровней модифицируемых факторов риска
P0	-	Неправильно определил группу здоровья и менее 50% целевых уровней модифицируемых факторов риска
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения данной пациентки
Э	-	Направление пациента на второй этап диспансеризации: спирометрия. Исследования вне рамок диспансеризации.
P2	-	Ответ соответствует эталону
P1	-	Пациент направлен на второй этап диспансеризации, но с другим методом исследования
P0	-	Пациент не направлен на второй этап диспансеризации
В	6	Проведите краткое профилактическое консультирование (прилагается чек-лист)

#### Анкета к задаче

Анкета для граждан **в возрасте до 75 лет** на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.: Н.		Пол: ж	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 54	
Поликлиника №		Врач/фельдшер:	
<b>1</b>	<b>Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется</b>		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	<input type="radio"/> Нет
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	<input type="radio"/> Нет
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>2</b>	<b>Был ли у Вас инфаркт миокарда?</b>	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>3</b>	<b>Был ли у Вас инсульт?</b>	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>4</b>	<b>Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваш их близких родственников в молодом или среднем возрасте (до 65 лет у матери или родных сестер или до 55 лет у отца или родных братьев)?</b>	<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
<b>5</b>	<b>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)</b>	Да	<input type="radio"/> Нет
<b>6</b>	<b>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?</b>	Да	<input type="radio"/> Нет

7	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)			
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет	
8	Возникла 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	<input checked="" type="radio"/> Нет
9	Возникло ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
10	Возникла ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
11	Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
12	Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
13	Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
14	Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
15	Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
16	Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
17	Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
18	Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
19	Курите ли Вы? (курение одной и более сигарет в день)		<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
20	Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете? Сигарет <u>5</u> в день			
21	Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?		<input checked="" type="radio"/> До 30 минут	30 минут и более
22	Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей (не считая картофеля)?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
23	Имеете ли Вы привычку подсаживать приготовленную пищу, не пробуя ее?		<input checked="" type="radio"/> Да	Нет
24	Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?		Да	<input checked="" type="radio"/> Нет
25	Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?			
	Никогда (0 баллов)	<input checked="" type="radio"/> Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла) $\geq$ 4 раз в неделю (4 балла)
26	Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз? 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива			
	<input checked="" type="radio"/> 1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла) $\geq$ 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)	<input checked="" type="radio"/> Раз в месяц и реже (1 балл)	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла) $\geq$ 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна _____ баллов				

**Оценочный лист к практическому навыку  
«Краткое профилактическое консультирование на диспансерном приеме»**

**3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии  
Задача №1**

№	АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ	МАКСИМАЛЬНЫЙ БАЛЛ	ПОЛУЧЕННЫЙ БАЛЛ
1	Информировал пациента о выявленных заболеваниях и об имеющихся у него факторах риска	2	
2	Объяснил пациенту с факторами риска их негативное влияние на здоровье, важность постоянного контроля факторов риска	2	
3	Оценил отношение пациента к факторам риска, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни. Связал факторы риска с ведущей жалобой.	2	
4	Дал совет по устранению фактора риска и регистрировал в амбулаторных картах факторы риска и целевые уровни, рекомендации, сроки повторных контрольных визитов при необходимости	2	
5	Проконтролировал выполнение рекомендаций, одобрил позитивные изменения и соблюдение рекомендаций, повторение советов при последующих визитах	2	
	<b>Максимальный балл</b>	<b>10</b>	
	<b>Оценка</b> «5» - 9 - 10 баллов «4» - 8 - 9 баллов «3» - 7 - 8 баллов «2» - 6 и менее баллов		

Пациентка 36 лет, приглашена на диспансеризацию взрослого населения. Жалоб активно не предъявляет. В анамнезе язвенная болезнь ДПК, ремиссия 10 лет. Курит 5 сигарет в день 10 лет, работает секретарем. Мама страдает сахарным

диабетом 2-го типа. Заполнила анкету по диспансеризации (анкета прилагается к задаче).

**Объективно:** рост 170, вес 95 кг, ОТ – 102 см., АД 135/80 мм рт.ст..

ОХС 6,5 ммоль/л, глюкоза 6,2 ммоль/л, ЭКГ без изменений, ФЛГ – вариант нормы

**Задача №2**

Пациент 51 год. Приглашен для прохождения диспансеризации взрослого населения. Жалоб активно не предъявляет.

Курит в течение 28 лет по 20 сигарет в день, работает администратором.

Отец перенес инфаркт миокарда в 50 лет. Заполнил анкету по диспансеризации (анкета прилагается к задаче).

**Объективно:** рост 176, вес 100 кг, ОТ – 106 см., АД 135/80 мм рт.ст..

ОХС 7,0 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, ЭКГ без изменений, ФЛГ – вариант нормы.

**4. Задания для групповой работы**

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

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме**

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

**Вопросы по теме:**

1. Общие принципы проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения.
2. Цели и задачи диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким риском (2-я группа здоровья)
  3. Понятие, принципы диспансерного наблюдения лиц с ХНИЗ и пациентов с высоким риском их развития
  4. Проведение обследования пациентов для оценки здоровья, питания и физической активности.
  5. Особенности профилактического консультирования в практике врача-терапевта участкового пациентов с курением, ожирением, гиперхолестеринемией
  6. Особенности составления рекомендаций по устранению вредных привычек, вопросам питания и физической активности, профилактике острых и хронических заболеваний.
  7. Организация процесса обучения пациентов с высоким и очень высоким риском.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

Выберите все правильные ответы

1. Основными рекомендациями пациентам с очень высоким кардиоваскулярным риском (у больных с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД 2 и 1 типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском > 10% по шкале SCORE) являются:

- а) АД < 130/80 мм рт.ст., при отсутствии противопоказаний \*
- б) ХС-ЛНП < 1,5 ммоль/л \*
- в) интенсивные силовые тренировки
- г) коррекция образа жизни \*

2. Абдоминальное ожирение диагностируют при показателях окружности талии более чем:

- а) 94 см у мужчин \*
- б) 80 см у женщин \*

- в) 96 см у мужчин  
г) 98 см у женщин

Выберите один правильный ответ.

3. Какая комбинация данных о пациенте необходима для определения риска по шкале SCORE

- а) уровень АД, уровень общего холестерина, уровень глюкозы, пол, возраст  
б) уровень АД, уровень общего холестерина, пол, возраст, курение \*  
в) уровень АД, уровень общего холестерина, уровень глюкозы, возраст, курение  
г) вредные производственные факторы

Выберите все правильные ответы

4. Основными принципами построения рациона при ожирении являются:

- а) резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов \*  
б) частый прием пищи, но в небольших количествах \*  
в) ограничение крахмалосодержащих продуктов \*  
г) снижение потребления овощей и фруктов

Выберите один правильный ответ.

5. Критерием эффективности диспансеризации взрослого населения является:

- а) увеличение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития  
б) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию \*  
в) уменьшение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и увеличение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья  
г) увеличение охвата населения профилактическими прививками

6. Пациент В., 47 лет. В анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия напряжения 2 ФК. За последние 1,5 года снизил вес на 16 кг, не курит больше 2 лет, постоянно принимает гипотензивные препараты, статины, дезагреганты. Объективно: рост 176, вес 85 кг. Лабораторные показатели: ХС – 5,5 ммоль/л, сахар крови – 5,1 ммоль/л. Объективно: АД – 135/85 мм рт.ст.

Перечислите все факторы риска, имеющиеся у пациента.

- а) артериальная гипертензия \*  
б) гиперхолестеринемия (дислипидемия) \*  
в) потребление табака  
г) избыточная масса тела \*

Выберите один правильный ответ.

7. Мужчина, 45 лет, курит, общий холестерин 8,1 ммоль/л, АД 135/85 мм рт.ст, В анамнезе хронический некалькулезный холецистит, ЯБ ДПК ремиссия 5 лет. Определите группу здоровья пациента.

- а) I группа  
б) II группа \*  
в) III группа  
г) IV группа

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

#### Дополнительная литература

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



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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения
6. атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
7. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
8. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
9. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
10. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
11. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
12. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
13. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
14. и другие клинические рекомендации.

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

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

### **Тема 2.6: Профилактика и ранняя диагностика онкозаболеваний. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.**

**Цель:** формирование знаний и умений, необходимых для осуществления ранней диагностики онкозаболеваний в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Формирование онконастороженности

2. Формирование представлений о принципах ранней диагностики онкозаболеваний
3. Закрепление умений по проведению онкологической составляющей врачебного осмотра

**Обучающийся должен знать:**

- основные принципы и понятия по организации лечебно-профилактической помощи пациентам с ЗНО в амбулаторных условиях.
- особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового при выявлении ЗНО.
- меры профилактики ЗНО и ранней диагностики ЗНО в работе врача-терапевта участкового
- скрининги на ЗНО
- симптомы тревоги и синдромы неопластический, малых признаков

**Обучающийся должен уметь:**

- выявить симптомы «тревоги», синдром малых признаков,
- применить методы профилактики ЗНО
- применить алгоритмы обследования пациента для раннего выявления ЗНО
- оценить результаты осмотра, обследования пациента
- установить диспансерное наблюдение у пациентов с предраковыми состояниями

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания), включающего врачебную составляющую онкологического осмотра
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- методикой проведения профилактических медицинских осмотров
- методикой диспансерного наблюдения пациентов с предраковыми состояниями

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Этапы оказания онкологической помощи в амбулаторных условиях.
2. Контингенты больных, подлежащие скринингу и диспансерному наблюдению.
3. Применение методики диспансерного наблюдения.
4. Принципы экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности.
5. Профилактика онкозаболеваний.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация лимфатических узлов, пальпация молочных желез по алгоритму)

**Решение тестовых заданий**

1. К какой клинической группе относятся больные с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями:
  - a) Ia
  - b) Ib
  - c) IIa
  - d) III
2. Какое лечение должно проводиться больным, находящимся на учете в IV клинической группе:
  - a) симптоматическая терапия
  - b) комплексное противоопухолевое лечение
  - c) физиотерапевтическое лечение
  - d) комбинированное противоопухолевое лечение
3. Какое лечение показано больным III клинической группы:
  - a) лучевая терапия
  - b) химиотерапия
  - c) хирургическое лечение
  - d) противоопухолевое лечение не показано
4. К II клинической группе онкологических больных относятся пациенты:
  - a) с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями
  - b) со злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному лечению
  - c) излеченные от злокачественных новообразований
  - d) с инкурабельными формами рака
5. В течение какого срока Вы можете обследовать больного с подозрением на наличие рака для исключения или подтверждения диагноза злокачественного новообразования:
  - a) не более 10 дней
  - b) не более 1 месяца
  - c) не более 1 года
  - d) сроки не имеют значения

**3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач
  - Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Определите факторы риска;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ</b>
К терапевту обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфатические узлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см, не спаивающиеся между собой. При физикальном осмотре узловые образования в молочных железах не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфатических узлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не обнаружены.
<b>Алгоритм разбора клинической ситуации:</b>
Поражением аксиллярных лимфатических узлов могут проявляться следующие заболевания: рак молочной железы; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания; рак лёгких; опухоли мягких тканей передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности. Поэтому необходимо провести дополнительные исследования: А. УЗИ молочных желез и регионарных лимфатических узлов. Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины (для исключения меланомы кожи, рака кожи). В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких. Г. Пункцию пораженных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием пунктата. Д. В случае неинформативности пункции — биопсию пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала. Также необходимо направить больную к гинекологу и онкологу.
<b>2 балла:</b> Тактика ведения определена верно.
<b>1 балл:</b> Тактика ведения определена не полностью.
<b>0 баллов:</b> Тактика ведения определена не верно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### **Задача 1**

Пациентка К., 50 лет обратилась к врачу - терапевту участковому с жалобой на появление увеличенного лимфатического узла в правой подмышечной области, доставляющего дискомфорт при движении; болевых ощущений не отмечает. В течение последнего времени отмечает снижение работоспособности, которую мотивирует переутомлением. Ранее за медицинской помощью обращалась редко, диспансеризацию не проходила. **Из анамнеза:** появление увеличенного лимфатического узла отмечает в течение нескольких месяцев, однако к врачу обратилась не сразу, т.к. связывала с «простудой», отсутствием болевых ощущений, надеялась, что «пройдёт само». Хронические заболевания отрицает. Не курит. Наследственность не отягощена. Длительно принимает оральные контрацептивы. **Объективно:** состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, чистые. В правой подмышечной области пальпируется плотный, безболезненный пакет увеличенных лимфоузлов размером 2 × 3 см. Кожа над ним не изменена. При аускультации лёгкие и сердце без патологических изменений. ЧСС = Пульс = 75/мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Стул и диурез не изменены.

#### **Задача 2**

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований

по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты –  $3,6 \times 10^{12}/л$ , Нв – 129 г/л, тромбоциты –  $200 \times 10^9$

/л, лейкоциты –  $39 \times 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные

нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

3) При диспансеризации у больного обнаружен рак нижней губы, I стадия.

4) Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки. Какое простое исследование, проведённое, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз?

5) У больного 55 лет, 8 месяцев назад около внутреннего угла левого глаза появился безболезненный узел красного цвета, который постепенно увеличивался до размеров 0,5 × 0,5 см., на поверхности его появились телеангиэктазии. В настоящее время центр новообразования изъязвился, покрыт корочкой. По периферии опухоли образовался плотный валик с характерным жемчужным блеском.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы по теме:**

1. Статистика онкологических заболеваний. Состояние онкологической службы в России.
2. Современные представления о механизмах канцерогенеза.
3. Сравнительная оценка факторов, влияющих на заболеваемость раком. Понятие о канцерогенных агентах.
4. Основные критерии оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети (показатель запущенности и одногодичной летальности).
5. Что включает в себя понятие «онкологической настороженности»?
6. Первичная и вторичная профилактика злокачественных новообразований.
7. Пути повышения эффективности методов раннего выявления злокачественных опухолей.
8. Критерии формирования групп повышенного онкологического риска.
9. Роль скрининга в ранней диагностике злокачественной патологии.
10. Организация работы врача-терапевта участкового в поликлинике в плане раннего выявления онкозаболеваний. Роль диспансеризации населения.
11. Принципы диспансерного наблюдения больных со злокачественными новообразованиями, группы диспансерного наблюдения.
12. Преемственность в оказании медицинской помощи онкологическим больным. Роль онкологического диспансера.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### Тестовые задания

1. Увеличивается ли заболеваемость раком щитовидной железы
  - а) нет
  - б) да
2. Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы
  - а) аутоиммунный тиреоидит
  - б) узловой зоб
  - г) аденома щитовидной железы
  - д) все выше перечисленные
3. Какие методы используются для скрининга рака щитовидной железы
  - а) пальпация в сочетании с УЗИ
  - б) пункционно-аспирационная биопсия
  - в) цитологическое исследование
  - г) УЗИ с биопсией
4. Кашель при раке легкого обусловлен:
  - А) прорастанием нервов бронхов
  - Б) раздражением слизистой бронхов
  - В) сужением бронха
  - Г) блокадой лимфооттока
5. Боль при раке легкого обусловлена:
  - А) смещением средостения
  - Б) развитием ателектаза
  - В) сдавлением и прорастанием нервов
  - Г) плевритом
6. Кровохаркание при раке легкого обусловлено:
  - А) обтурацией бронха
  - Б) обширным метастазированием
  - В) неоперабельной ситуацией
  - Г) распадом опухоли
7. Одышка при раке легкого может быть обусловлена:
  - А) обширным ателектазом
  - Б) сердечно – легочной недостаточностью
  - В) прорастанием плевры
  - Г) плевритом
8. Основные пути метастазирования при раке легкого в лимфоузлы
  - А) надключичные
  - Б) смежных сегментов легкого
  - В) средостения
  - Г) подключичные

9. Предраковые заболевания легких:

- А) хроническая пневмония
- Б) пневмосклероз
- В) гамартома
- Г) абсцесс

10. Последовательность по частоте локализации отдаленных метастазов при раке желудка

- а) легкие
- б) поджелудочная железа
- в) головной мозг
- г) печень

11. Симптомы раннего рака желудка

- а) симптомы заболевания, на фоне которого развился рак
- б) боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу
- в) большая потеря массы тела
- г) плохой аппетит

12. Выбрать методы исследования при раке желудка:

- 1) для первичной диагностики и 2) уточняющей
- а) компьютерная томография
- в) рентгенологическое исследование
- в) лапароскопия
- г) гастроскопия
- д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

13. Какая локализация второй опухоли (вне репродуктивной системы) наиболее характерна для рака тела матки:

- а) кожа
- б) желудок
- в) прямая кишка

14. С какими опухолями чаще всего сочетаются опухоли яичников:

- а) сигмовидной кишки
- б) кожи
- в) почки

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная литература**

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

##### **Дополнительная литература**

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

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

#### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

#### **Тема 2.7: Диспансерный метод в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Курортотерапия. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов в рамках диспансерного наблюдения взрослого населения, реабилитации, курортотерапии.

#### **Задачи:**

1. Рассмотреть общие положения (базовые понятия) и нормативно-правовую документацию по ДН, реабилитации и курортотерапии, их цели и задачи

2. Изучить содержание диспансерного приема, объемы и периодичность ДН в масштабах терапевтического участка, показания и противопоказания к реабилитации и курортотерапии
3. Рассмотреть вопросы оценки результатов и критерии эффективности ДН, реабилитации и курортотерапии
4. Изучить алгоритм ДН и организацию учета ДН пациентов
5. Закрепить умения/навыки организации и проведения диспансерного приема.

#### **Обучающийся должен знать:**

- цели и задачи ДН, реабилитации и курортотерапии
- группы здоровья и группы ДН
- кто осуществляет ДН
- контингенты, подлежащие ДН, реабилитации и курортотерапии
- факторы риска ХНИЗ
- целевые уровни ФР
- содержание диспансерного приема
- показания и противопоказания к реабилитации и курортотерапии
- основания для прекращения ДН
- документация терапевтического участка по ДН, реабилитации и курортотерапии

#### **Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента в рамках диспансерного приема врачом-терапевтом участковым;
- определить целевые показатели терапии и их значения
- оценить достижение целевых уровней и выявить факторы риска;
- определить показания к госпитализации, реабилитации, сан-кур лечению
- определить критерии нетрудоспособности, ее длительность;
- оформить документацию ДН, реабилитации, сан-кур лечению

#### **Обучающийся должен владеть:**

- методикой составления плана ДН пациента
- методикой проведения медицинского осмотра при контрольной явке ДН,
- навыками установления диагноза, определения ССР, и ФР
- методикой определения группы здоровья, группы диспансерного наблюдения,
- методикой назначения лечения, направление на исследования, на СМП/ВМП, на санаторно-курортное лечение
- методикой проведения краткого профилактического консультирования

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Порядок и принципы организации реабилитации и сан-кур лечения пациентов в медицинских организациях РФ.
2. Нормативно-правовые и организационные основы реабилитации и сан-кур лечения пациентов в РФ.
3. Перечень заболеваний, по которым устанавливается ДН за пациентом
4. Технологии выявления, управления прогнозом и риском ХНИЗ

##### **2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, онкологическая составляющая врачебного осмотра, решение ситуационных задач, тестовых заданий, амбулаторный приём пациентов, заполнение амбулаторных карт, составление плана обследования).

##### **3. Решить ситуационные задачи**

###### 1) Алгоритм разбора задач

- Рассмотреть вопросы диагностики ХНИЗ с установлением степени, стадии болезни и категории риска развития сердечно – сосудистых осложнений, выбора оптимального плана обследования и установления диспансерного наблюдения.
- В рамках алгоритма ДН осуществить: оценку состояния пациента, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование; назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований; установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); проведение краткого профилактического консультирования;
- Назначить 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).

###### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Мужчина 49 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. Ежедневно выпивает 1 литр пива. С 43 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Наследственный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 74 лет. Матери 72 года, больна АГ, сахарным диабетом 2 типа.

###### Физикальное обследование

Индекс массы тела- 30,6 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 108 см. Во время первого посещения в положении сидя АД (среднее значение двукратного измерения с интервалом 1 мин) в кабинете доврачебного осмотра составило 164/110 мм. рт. ст., ЧСС – 92 удара в мин, в конце осмотра врача (завершение визита) АД было равно 142/98 мм.рт. ст., ЧСС – 78 ударов в мин. Через неделю при повторном визите АД составило 136/98 мм.рт. ст., ЧСС – 78 ударов в мин.

#### Лабораторно - инструментальное обследование

При биохимическом анализе крови концентрация глюкозы натощак составила 6,4 ммоль/л, креатинина – 84,4 мкмоль/л, ионов кальция – 4,3 ммоль/л, ионов натрия – 140 ммоль/л, мочевой кислоты – 324 мкмоль/л, холестерина – 4,9 ммоль/л, триглицеридов – 2,3 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,8 ммоль/л. В общем анализе мочи патологических изменений не обнаружено. На ЭКГ: ритм синусовый, сумма зубца S в отведении V<sub>1</sub> и зубца R в отведении V<sub>5</sub> (один из критериев Соколова – Лайона) равна 29 мм, индекс Корнелла – 2162 мм\*мс. ЭхоКГ: индекс массы миокарда составил 119 г/м<sup>2</sup>. При осмотре глазного дна выявлена ретинопатия II степени. Сумма толщины интимы и среднего слоя общей сонной артерии, определенной при УЗИ сонных артерий, составила 1,1 мм, стенозирования не выявлено. Концентрация альбумина во второй порции мочи при первом посещении была равна 18 мг/л, через неделю – 14 мг/л.

#### Диагностика артериальной гипертензии

Для диагностики АГ стабильность повышения АД должна быть подтверждена при повторных клинических измерениях в ходе двух последовательных визитов с интервалом не менее недели. Во время каждого визита к врачу должно быть проведено не менее двух измерений АД в положении сидя и посчитано их среднее значение. В ходе первого визита АД должно быть измерено на обеих руках; для последующего контроля выбирают руку с более высокими значениями. При существенных колебаниях АД в ходе одного или нескольких визитов показано суточное мониторирование АД. Таким образом, в приведенном примере наличие АГ у пациента подтверждено правильно. Более высокий уровень АД в кабинете доврачебного осмотра мог быть связан с отсутствием необходимого отдыха перед измерением, тревожной реакцией ожидания на медицинскую обстановку, курением и/или приемом кофе в течение 1 часа до измерения. Это предположение подтверждает и более высокая ЧСС.

Степень АГ устанавливается при впервые выявленном и нелеченном заболевании. Она отражает исключительно уровень повышения АД. Если показатели систолического и диастолического АД находятся в разных категориях, степень устанавливается на основании более высокого значения. В данном примере у пациента диагностирована I степень АГ.

В данной ситуации нет выраженных колебаний АД между визитами. Проведение суточного мониторирования АД на этом этапе наблюдения не показано.

Бессимптомный характер повышения АД, наличие метаболических факторов риска развития сердечно - сосудистых осложнений (абдоминальное ожирение, нарушение регуляции углеводного обмена), семейный анамнез АГ, отсутствие специфических изменений по данным лабораторного исследования позволяют с высокой вероятностью расценить заболевание как первичную форму и на данном этапе не проводить поиск вторичных причин повышения АД.

На основании проведенного физического обследования у пациента выявлены два основных фактора риска развития сердечно – сосудистых осложнений (курение и абдоминальное ожирение), не обнаружены признаки поражения органов – мишеней и ассоциированных клинических состояний. В соответствии с современными рекомендациями ретинопатию I-II степени не рассматривают как поражение органов – мишеней в виду неспецифичности этих изменений для АГ. Таким образом, у пациента диагностирована гипертоническая болезнь I стадии, и его следует отнести к категории среднего риска развития сердечно – сосудистых осложнений. В этой ситуации лекарственная терапия может быть отсрочена на 3- 6 месяцев.

В связи с этим обосновано расширить объем обследования и выполнить дополнительные исследования, поскольку они могут изменить категорию риска пациента и повлиять на уровень целевого снижения АД.

К дополнительным исследованиям относят:

- Оценку факторов риска (определение СРБ);
- УЗИ сонных и/или бедренных артерий;
- Исследование мочи на наличие микроальбуминурии (проводят обязательно, если имеется сахарный диабет).

Пациенту было выполнено УЗИ сонных артерий и проведено исследование мочи на наличие микроальбуминурии. УЗИ сонных артерий позволило выявить увеличение суммы толщины интимы и среднего слоя общей сонной артерии до 1,1 мм, что расценивают как признак поражения органов – мишеней. Таким образом, расширение обследования привело к изменению категории риска и стадии заболевания. По данным более полного обследования пациент страдает гипертонической болезнью II стадии и его необходимо отнести к группе высокого добавочного риска смертельных сердечно – сосудистых осложнений по шкале SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation – систематическая оценка коронарного риска). В этой ситуации лекарственная терапия должна быть назначена незамедлительно одновременно с немедикаментозным лечением.

Обнаружение метаболического синдрома

У пациента диагностирован метаболический синдром: АГ, абдоминальное ожирение, нарушение гликемии натощак, гипертриглицеридемия. Метаболический синдром расценивают как маркер высокого риска развития сердечно – сосудистых осложнений. При выборе антигипертензивного ЛС в этой ситуации полезно учитывать его метаболические эффекты. На данном этапе нет показаний для назначения статинов с целью коррекции дислипидемии (уровень ЛПНП менее 3,0 ммоль/л).

Влияние других факторов

Пациент ежедневно выпивает 1л пива, что соответствует 28 единицам алкоголя в неделю (1 единица равна 12 г чистого этанола или 240 мл пива с 5% содержанием алкоголя). Таким образом, уровень потребления алкоголя у пациента – высокий. Высокое потребление алкоголя может быть фактором, повышающим АД, а также концентрацию триглицеридов в крови.

Потенциальная проблема приверженности к лечению

Повышение АД у пациента носит бессимптомный характер, что позволяет прогнозировать низкую мотивацию и приверженность пациента к лечению. Поэтому целесообразно назначить ЛС пролонгированного действия для приема 1 раз в сутки и с хорошим профилем переносимости.

Диагностическое заключение

Гипертоническая болезнь II стадия, I степени повышения. Атеросклероз сонных артерий. Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, нарушение гликемии натощак, гипертриглицеридемия). Курение. Высокий уровень потребления алкоголя. Риск 3.

Необходимые терапевтические мероприятия

- пациент взят под ДН участкового терапевта – регулярность посещений врача терапевта участкового не менее 2 раз год. Основная цель диспансерного наблюдения (по сути дела - лечения) больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития осложнений АГ: фатальных и нефатальных ССЗ, ЦВБ и ХБП. Для достижения этой цели необходимо снижение АД до целевых уровней, коррекция всех модифицируемых ФР

- Увеличение физической нагрузки
- Отказ от курения
- Снижение массы тела
- Уменьшение потребления алкоголя
- Контроль АГ: целевое АД составляет менее 140/90 мм.рт. ст.
- Устранение или предупреждение прогрессирования нарушений углеводного обмена
- Контроль дислипидемии

Терапевтические альтернативы

Выбор препаратов для начала лечения АГ осуществляют среди 5 основных классов антигипертензивных ЛС.



- У пациента выявлены факторы риска развития сахарного диабета (абдоминальное ожирение, нарушение гликемии натощак, семейный анамнез сахарного диабета), поэтому назначать блокаторы  $\beta$  – адренорецепторов или тиазидные диуретики не рекомендовано.
- Наличие атеросклероза сонных артерий – показание для назначения блокаторов медленных кальциевых каналов, поскольку имеются данные рандомизированных клинических исследований о способности ЛС этого класса замедлять прогрессирование ранних атеросклеротических изменений. Блокаторы медленных кальциевых каналов не оказывают неблагоприятных метаболических эффектов на углеводный обмен.
- Ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II не влияют на углеводный обмен. Кроме того, имеются данные о способности ЛС этих классов предупреждать развитие сахарного диабета.

При наличии бессимптомной АГ 1 степени лечение может быть начато с монотерапии или комбинации нескольких ЛС в низких дозах.

Индивидуальный фармакотерапевтический режим

- Снижение массы тела. Идеальная, но малодостижимая цель – нормализация массы тела (индекс массы тела менее 25 кг/м<sup>2</sup>). Снижение массы тела на 5- 10 кг может оказать благоприятный эффект на уровень АД и состояние углеводного обмена.
- Увеличение физической нагрузки: ежедневная ходьба по 30 мин быстрым шагом, подъем по лестнице, плавание по 40 мин 3 раза в неделю. Физическая активность способствует снижению массы тела, уменьшению инсулинорезистентности, улучшению показателей углеводного и липидного обмена.
- Отказ от курения.
- Уменьшение количества употребляемого алкоголя (не более 1,5 л пива в неделю).
- Ограничение приема поваренной соли до 6 г/сутки, диета с ограничением продуктов, богатых жирами и углеводами, обогащение рациона свежими фруктами и овощами.

Возможные варианты начальной лекарственной терапии представлены ниже:

- Блокаторы медленных кальциевых каналов (например, лацидипин в дозе 4 мг/сутки).
- Ингибитор АПФ (например, рамиприл в дозе 5 мг в сутки с последующим увеличением дозы до 10 мг/сутки для достижения целевого АД менее 140/90 мм рт. ст.).
- Антагонист рецепторов к ангиотензину II (валсартан в дозе 160 мг 1 раз в сутки).
- Низкодозовый комбинированный препарат (например, периндоприл в дозе 2 мг и пролонгированная форма индапамида в дозе 0,625 мг 1 раз в сутки).

Следующий визит назначают через 4 – 6 недель. В ходе визита необходимо оценить уровень АД, приверженность к лекарственному лечению, массу тела, выполнение пациентом немедикаментозной программы лечения, наличие нежелательных явлений, концентрации глюкозы и триглицеридов в крови.

Практические выводы:

При выявлении низкого и среднего риска у больных АГ показано расширить объем исследований для уточнения категории риска, стадии заболевания и уровня целевого АД.

При наличии нарушений регуляции углеводного обмена у пациентов молодого и среднего возраста желательно воздерживать от назначения блокаторов  $\beta$  – адренорецепторов, если отсутствуют другие показания для выбора препаратов из этого класса.

Пациент с впервые выявленной АГ может иметь высокий риск развития сердечно – сосудистых заболеваний, что диктует необходимость начала лекарственной терапии наряду с активными мерами по изменению образа жизни.

У пациентов с метаболическим синдромом при выборе начальной антигипертензивной терапии следует учитывать метаболические эффекты антигипертензивных ЛС.

Резюме

Мужчина 49 лет, с впервые выявленной бессимптомной АГ 1 степени, ожирением, нарушением регуляции углеводного обмена. В связи с высоким уровнем сердечно – сосудистого риска следует незамедлительно начать, наряду с немедикаментозными мерами, лекарственную антигипертензивную терапию с акцентом на ее метаболическую нейтральность и хорошую переносимость.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

**Задача 1**

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

#### 4. Задания для групповой работы

Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе на терапевтическом участке

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

**Вопросы по теме:**

- 1) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с АГ
- 2) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с ИБС: стабильная СН
- 3) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с ИБС: больных ИБС

после хирургических и эндоваскулярных вмешательств(операций) на сердце и его сосудах

- 4) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с ИБС: ПИКС
- 5) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов, перенесших ОНМК
- 6) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с нарушениями ритма сердца
- 7) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с ХСН
- 8) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с высоким ССР
- 9) особенности ДН, реабилитации и санкур лечения пациентов с СД.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### Тестовые задания

1.Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) относятся к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

- А. I.
- Б. II\*
- В. IIIa
- Г. IIIб

2.Плановое значение охвата индивидуальным углублённым профилактическим консультированием граждан со II и IIIa группой состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск составляет не менее \_\_\_\_ % от имеющих медицинские показания для проведения индивидуального углублённого профилактического консультирования

- А. 60\*
- Б. 30
- В. 20
- Г. 10

3.Граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний), относятся к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

- А. IIIa
- Б. IIIб
- В. II
- Г. I. \*

4.Плановое значение охвата диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации и подлежащего диспансеризации в текущем году составляет не менее \_\_\_\_ % от подлежащих по возрасту ежегодно

- А. 50.
- Б. 63\*
- В. 90
- Г. 95

5.Граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, 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, относятся к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

- А. I
- Б. II
- В. IIIa\*
- Г. IIIб

6.Граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, 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, относятся к \_\_\_\_ группе состояния здоровья

- А. I
- Б. II
- В. IIIa
- Г. IIIб\*

7.Плановое значение охвата групповым профилактическим консультированием (школа пациента) граждан со II и IIIa группами состояния здоровья, а также граждан с IIIб группой состояния здоровья, имеющих высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, составляет не менее \_\_\_\_ % от имеющих медицинские показания для проведения группового профилактического консультирования

- А. 60\*
- Б. 30
- В. 20
- Г. 10

8.Статистическим документом, содержащим информацию о перенесённых заболеваниях и результатах проведённых профилактических осмотров и диспансеризации, является

- А. медицинская карта амбулаторного больного, форма № 025/у\*
- Б. лист уточнённых диагнозов амбулаторного больного

В. карта подлежащего профилактическому осмотру, форма № 046/у  
 Г. контрольная карта диспансерного наблюдения, форма № 030/у

9. Понятие «высокий риск» по шкале score означает:

- А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 5% до 9% \*
- Б) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет менее 1%
- В) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет 10% и более
- Г) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет менее 1%

10. Понятие «умеренный риск» по шкале score означает:

- А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет более 1%
- Б) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 10% и более
- В) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 1% до 5% \*Г) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 5% и более

4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации «ЭССЕ-РФ» Профилактическая медицина. 2013;16(6): 25-34

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.

2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

**Раздел 3. Экспертиза нетрудоспособности в поликлинической практике.**

**Тема 3.2. Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике.**

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

**Задачи:** ознакомить студентов с основными положениями экспертизы стойкой нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

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

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

### НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: N \_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро,  
Федеральное бюро медико-социальной экспертизы: медико-социальную экспертизу необходимо проводить на дому
3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при  
нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи)
4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу  
медицинской организацией: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное  
отметить):

5.1. установление группы инвалидности	5.2. установление категории "ребенок-инвалид"	5.3. установление причины инвалидности
5.4. установление времени наступления инвалидности	5.5. установление срока инвалидности	5.6. определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания	5.12. выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.13. выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____	

--	--

**Раздел I. Данные о гражданине**

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

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

8. Пол (нужное отметить):

8.1. мужской	8.2. женский
--------------	--------------

9. Гражданство (нужное отметить):

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

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

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

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):

- 11.1. государство: \_\_\_\_\_
- 11.2. почтовый индекс: \_\_\_\_\_
- 11.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_
- 11.4. район: \_\_\_\_\_
- 11.5. наименование населенного пункта: \_\_\_\_\_
- 11.6. улица: \_\_\_\_\_
- 11.7. дом (корпус, строение): \_\_\_\_\_
- 11.8. квартира: \_\_\_\_\_

12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)

13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1 в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____
13.2. в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____
13.3. в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____
13.4. иная организация	13.4.1. адрес организации: _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____

13.5. по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)

14. Контактная информация:

14.1. номера телефонов: \_\_\_\_\_

14.2. адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

16. Документ, удостоверяющий личность:

16.1. наименование: \_\_\_\_\_

16.2. серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_

16.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

16.4. дата выдачи (день, месяц, год): " \_\_ " \_\_\_\_\_ г.

17. Сведения о законном уполномоченном представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:

17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя: \_\_\_\_\_

17.2.1. наименование: \_\_\_\_\_

17.2.2. серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_

17.2.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): " \_\_ " \_\_\_\_\_ г.

17.3. документ, удостоверяющий личность:

17.3.1. наименование: \_\_\_\_\_

17.3.2. серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_

17.3.3. кем выдан: \_\_\_\_\_

17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): " \_\_ " \_\_\_\_\_ г.

17.4. контактная информация:

17.4.1. номера телефонов: \_\_\_\_\_

17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:

17.6.1. наименование: \_\_\_\_\_

17.6.2. адрес: \_\_\_\_\_

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): \_\_\_\_\_

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

18.1. первично	18.2. повторно
----------------	----------------

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу **повторно**):

19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

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

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) " \_\_ " \_\_\_\_\_ г.

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

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

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

19.4.1. общее заболевание	19.4.2. инвалидность с детства	19.4.3. профессиональное заболевание	19.4.4. трудовое увечье
19.4.5. военная травма	19.4.6. заболевание, полученное в период военной службы	19.4.7. заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей	19.4.8. заболевание, радиационно обусловленное, полученное при исполнении

		военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	нии обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.11. заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.12. заболевание связано с последствиями радиационных воздействий
19.4.13. заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	19.4.14. инвалидность с детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	19.4.15. 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	19.4.16. иные причины, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать): _____ _____			

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

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

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

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

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

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

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

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

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности): \_\_\_\_\_

21.1. основная профессия (специальность, должность): \_\_\_\_\_

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

21.3. стаж работы: \_\_\_\_\_

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

21.5. условия и характер выполняемого труда: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21.6. место работы (наименование организации): \_\_\_\_\_



21.7. адрес места работы: \_\_\_\_\_

## Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с \_\_\_\_ года.

23. Анамнез заболевания: \_\_\_\_\_

24. Анамнез жизни: \_\_\_\_\_

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

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

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа

(далее - ЭЛН)

25.2. N ЭЛН: \_\_\_\_\_

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N \_\_\_\_ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N \_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (нужное отметить):

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

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: _____	27.2. вес: _____	27.3. индекс массы тела: _____
27.4. телосложение: _____	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): ____/____
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	

28. Состояние здоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: \_\_\_\_\_

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

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:

30.1. основное заболевание: \_\_\_\_\_

30.2. код основного заболевания по МКБ: \_\_\_\_\_

30.3. осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_

30.4. сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_

30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: \_\_\_\_\_

30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: \_\_\_\_\_

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).

33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

Председатель врачебной комиссии:

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ОФОРМИТЕ НЕОБХОДИМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.**

Пациент И., направляется на МСЭ. Заполните необходимую медицинскую документацию.

\_\_\_\_\_

### Алгоритм разбора клинической ситуации:

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

The image shows two copies of a Russian 'Листок нетрудоспособности' (Certificate of incapacity for work) form. The top copy is filled out for a patient named Biryobidzhan Sholom Alekheima, dated 11.11.2013. It includes a table of medical appointments with dates and names of doctors (Trapev, Smirnova, Kuznetsov). The bottom copy is a blank form with the same header information.

**2 балла:** Направление на МСЭ заполнено верно.

**1 балл:** Направление на МСЭ заполнено не полностью, есть неточности.

**0 баллов:** Направление на МСЭ заполнено не верно.

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

На основании изложенных в вариантах ситуаций установить имеет ли место факт нетрудоспособности. Если, да, то, необходимо заполнить документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность:

1. Пациент М. находился в командировке в г.Волгограде с 12.10 по 17.10. С 15.10 по 28.10 был нетрудоспособен по поводу диагноза: внебольничная пневмония. На проезд в одну сторону необходим 1 день.

2. Пациентка С. Во время очередного отпуска, длительность которого составила с 12.09. до 07.10 была госпитализирована с диагнозом обострение хронического бронхита в стационар 02.10. Лечилась в стационаре 10 дней.

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

### 4. Задания для групповой работы

#### Оформить форму 088/у

#### Задача № 1.

Цирроз печени вирусной этиологии (HCV + ), акт. II-III ст., класс В по Чайлд-Пью.

Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода II ст.

Выраженная спленомегалия. Гиперспленизм I ст.

Хроническая печеночная энцефалопатия.

Анемия легкой степени тяжести смешанного генеза.

#### Задача № 2.

Болезнь Крона (гранулематозный колит с поражением правых отделов толстого кишечника), акт. I – II ст., с системными проявлениями (лихорадка, миалгии, полиартрит)

#### Задача № 3.

Множественная миелома, диффузно-узловая форма, ст. III А.

осл. Миелома почки. Хроническая почечная недостаточность III ст.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

**Вопросы по теме:**

1. Сущность понятий: экспертиза, трудоспособность, нетрудоспособность.
  2. Нетрудоспособность, причины, виды.
  3. Правила выдачи и оформления листка нетрудоспособности.
  4. Критерии временной нетрудоспособности, ориентирующие сроки.
  5. Критерии инвалидности.
  6. Показания для направления пациентов на МСЭ.
  7. Правила оформления направления на МСЭ.
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан является:

1. листок нетрудоспособности
2. справка произвольной формы.

2. Листок нетрудоспособности выдается:

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

3. Листок нетрудоспособности выдается:

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

4. Листок нетрудоспособности выдают:

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

5. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

1. учреждений скорой медицинской помощи;
2. учреждений переливания крови;
3. приемных отделений больничных учреждений;
4. все перечисленное верно.

6. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

1. учреждений скорой медицинской помощи;
2. лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность.

7. Листок нетрудоспособности не выдается гражданам:

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

8. На МСЭ направляются граждане при:

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

9. Лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности:

1. выдается до восстановления трудоспособности, в случае если гражданин временно нетрудоспособен;
2. выдается даже при отсутствии временной нетрудоспособности.

10. При направлении больных на долечивание в санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается врачом:

1. по решению врачебной комиссии стационара;

2. по решению врачебной комиссии санаторно-курортного учреждения

11. При направлении больных на долечивание в санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается врачом санаторно-курортного учреждения:

1. единолично;
2. по решению врачебной комиссии.

12. Листок нетрудоспособности выдается по уходу за ребенком в возрасте до 7 лет:

1. при амбулаторном или стационарном лечении на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
2. не выдается.

4) Выполнить задания:

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

#### Задача № 1.

Сахарный диабет I типа, с частыми кетоацидотическими состояниями.  
Диабетическая препролиферативная ретинопатия.  
Диабетическая нефропатия. Хроническая почечная недостаточность II ст.

#### Задача № 2.

Сахарный диабет II типа, декомпенсированное.  
ИБС: Стенокардия напряжения, III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз.  
Атеросклероз аорты. Симптоматическая гипертония.  
Недостаточность кровообращения II Б ст., функциональный класс III ст.  
Диабетическая препролиферативная ретинопатия.  
Диабетическая нефропатия. Хроническая почечная недостаточность I ст.

#### Задача № 3.

Последствия ишемического инсульта в бассейне левой среднемозговой артерии с умеренно выраженным правосторонним гемипарезом, более выраженным в руке, моторной афазией.  
Гипертоническая болезнь III ст., риск IV.  
Недостаточность кровообращения I ст, функциональный класс II.

#### Задача № 4.

Бронхоэктатическая болезнь, непрерывно-рецидивирующее течение с частыми обострениями. Хронический гнойно-обструктивный бронхит.  
Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких.  
Дыхательная недостаточность II ст.  
Хроническое легочное сердце, декомпенсированное. ХСН II А ст., функциональный класс II.

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

##### Дополнительная литература

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

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

### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

### **Тема 3.4: Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листка нетрудоспособности.**

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

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

#### **Обучающийся должен знать:**

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

- должностные обязанности врача-терапевта участкового,
- задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе,
  - основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе,
  - диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового,
  - нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

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

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка навыка написания листков нетрудоспособности при разных клинических ситуациях, оформление медицинской документации).

**Решение тестовых заданий:**

1. Выберите все правильные ответы.

Право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) имеют:

- а) врачи клиник НИИ протезирования и ортопедии \*
- б) врачи приемных отделений больниц
- в) лечащие врачи медицинских организаций \*
- г) врачи станций скорой медицинской помощи
- д) участковые врачи-терапевты \*

2. Выберите один правильный ответ.

Право на выдачу листков нетрудоспособности имеет:

- а) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии \*
- б) врач – трансфузиолог станции переливания крови
- в) врач – вирусолог лаборатории
- г) врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии

3. Выберите все правильные ответы.

Функциями листка нетрудоспособности являются:

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

4. Выберите один правильный ответ.

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком:

- а) не более 5 дней
- б) не более 10 дней
- в) не более 15 дней \*
- г) на весь срок лечения

5. Выберите один правильный ответ.

Разрешение на продление листка нетрудоспособности более 15 дней определяется

- а) врачебной комиссией \*
- б) лечащим врачом
- в) главным врачом
- г) заместителем главного врача

6. Выберите один правильный ответ.

Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования:

- а) инвалидам I группы
- б) детям-инвалидам

- в) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами \*
- г) инвалидам по профессиональному заболеванию

7. Выберите все правильные ответы.

Листок нетрудоспособности может быть выдан одному из членов семьи или опекуну ребенка 13 лет, при нахождении:

- а) в стационаре с диагнозом острой пневмонии \*
- б) в стационаре с диагнозом острого аппендицита \*
- в) в детском оздоровительном лагере
- г) в стационаре с диагнозом обострения хронического гломерулонефрита \*

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

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

Образец листка нетрудоспособности для заполнения на занятии.

The image shows two identical forms for 'Листок нетрудоспособности' (Certificate of incapacity for work). The top form is for a medical organization, and the bottom form is for an employer. Both forms include fields for patient information, diagnosis, dates, and signatures of medical staff and employers. They also feature barcodes and checkboxes for various conditions and insurance types.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ОФОРМИТЕ НЕОБХОДИМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.

Пациент П., находится на листке нетрудоспособности, прогноз заболевания неблагоприятный, направляется на МСЭ. Заполните необходимую медицинскую документацию.

### Алгоритм разбора клинической ситуации:

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



**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

первичный  продублировано   
 дубликат: продублировано листа нетрудоспособности №: 0 0 1 2 3 4 4 2 5 1 1 7  
 001 234 567 891

ООО ЗДОРОВЬЕ  
 БИРОБИДЖАН ШОЛОМ АЛЕЙХЕМА 1 0 5  
 Дата выдачи: 11-11-2013 1 0 2 7 9 0 0 6 8 3 5 2 0

ИВАНОВ  
 ИВАН  
 ИВАНОВИЧ

0 1 0 6 1 9 6 6  
 АО ЭЛЕКТРОНИКА  
 По совместительству:  По совместительству:

Печать ЛПУ

Печать МСЭ

Печать ЛПУ

00000000

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

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

На основании изложенных в вариантах ситуаций установить имеет ли место факт нетрудоспособности. Если, да, то, необходимо заполнить документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность:

1. Пациент М. находился в командировке в г.Волгограде с 12.10 по 17.10. С 15.10 по 28.10 был нетрудоспособен по поводу диагноза: внебольничная пневмония. На проезд в одну сторону необходим 1 день.
2. Пациентка С. Во время очередного отпуска, длительность которого составила с 11.09. до 07.10 была госпитализирована с диагнозом обострение хронического бронхита в стационар 02.10. Лечилась в стационаре 10 дней.
3. Студент И. наблюдался врачом студенческой поликлиники с 15.01 по 29.01 по поводу диагноза: Фолликулярная ангина средней степени тяжести.

**4. Задания для групповой работы**

Оформить листок нетрудоспособности в следующих клинических ситуациях:

- 1) Пациент имеет листок нетрудоспособности по ОРВИ с 18.03 по 22.03. На прием пришел 26.03 с объективными симптомами очаговой пневмонии.
- 2) Пациент имеет листок нетрудоспособности по ОРВИ с 01.03.13. по 05.03.13. На прием к лечащему врачу явился 11.03.13 г. При осмотре врач установил, что пациент трудоспособен. Как закрыть листок нетрудоспособности?

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Вопросы по теме:**

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один правильный ответ.

1. Пациенту, находящемуся на учете в центре занятости и заболевшему гриппом

- а) выдается листок нетрудоспособности на весь период болезни \*
- б) выдается справка установленного образца сроком на 1 неделю
- в) выдается справка установленного образца на весь период болезни
- г) никакой документ не выдается

2. Иностранному пациенту с признаками временной нетрудоспособности выдается:

- а) справка произвольной формы
- б) листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом \*
- в) справка врачебной комиссии медицинской организации
- г) листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом с разрешения главного врача

3. Больному, направленному в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) и признанному инвалидом, листок нетрудоспособности будет закрыт:

- а) днем направления больного в БМСЭ
- б) днем регистрации больного в БМСЭ
- в) днем освидетельствования больного в БМСЭ
- г) днем, предшествующим регистрации больного в БМСЭ \*

4. Максимальный срок, на который врач частной практики имеет право выдать листок нетрудоспособности

- а) 10 дней
- б) 15 дней \*
- в) 30 дней
- г) до полного клинического выздоровления

5. Одному из родителей по уходу за больным ребенком до 3 лет с острым заболеванием в амбулаторных условиях выдается:

- а) справка произвольной формы до выздоровления ребенка
- б) листок нетрудоспособности на весь период заболевания \*
- в) листок нетрудоспособности до 7 дней
- г) листок нетрудоспособности до 15 дней

6. Основным критерием разграничения временной и стойкой нетрудоспособности является:

- а) характер течения заболевания
- б) условия труда
- в) степень выраженности функциональных нарушений
- г) клинический и трудовой прогноз \*

7. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность работающего гражданина, является:

- а) справка формы 095/у
- б) листок нетрудоспособности \*
- в) справка формы 030/у
- г) справка формы 072/у

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная литература**

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

##### **Дополнительная литература**

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
  2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
  3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
  4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
  5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
  6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
  7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
  8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
  9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
  10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
  11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
- и другие клинические рекомендации.

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

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

### **Тема 3.5: Вопросы экспертизы нетрудоспособности пациентов в работе врача – терапевта участкового**

**Цель:** формирование и закрепление знаний по вопросам временной и стойкой нетрудоспособности, оформлению ЛН и документов на медико-социальную экспертизу.

**Задачи:**

1. изучить особенности организации экспертизы нетрудоспособности в РФ
2. изучить порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности, функциональные обязанности лечащего врача и врачебной комиссии медицинской организации

3. овладеть методикой оформления документов при временной нетрудоспособности
4. познакомиться со структурой, функцией и организацией работы бюро медико-социальной экспертизы
5. изучить основные положения для определения групп инвалидности.

**Обучающийся должен знать:**

- основные понятия и термины медицинской экспертизы
- структуру и функции учреждений, осуществляющих экспертизу временной нетрудоспособности
- организацию экспертизы в лечебно-профилактических учреждениях; - порядок проведения медико-социальной экспертизы
- основные положения Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан
- формы преемственности между медицинскими учреждениями и органами социальной защиты населения, структуру и функции органов медико-социальной экспертизы.

**Обучающийся должен уметь:**

- решать вопросы экспертизы трудоспособности в конкретных ситуациях
- оформлять соответствующие документы, удостоверяющие нетрудоспособность
- анализировать взаимодействие медицинских учреждений и органов социальной защиты населения.

**Обучающийся должен владеть:**

- методами общеклинического обследования (расспрос, объективный осмотр) пациента терапевтического участка и интерпретацией результатов лабораторноинструментальных исследований для определения наличия у него признаков временной нетрудоспособности;
- алгоритмом оформления листка нетрудоспособности пациентам с различными видами ВН;
- методологией проведения медицинского осмотра гражданина для выявления признаков ВН;
- методологией установления причины ВН с оформлением ее в амбулаторной карте.
- методологией определения сроков ВН, показаний для направления на ВК и МСЭ.
- навыком оформления листка нетрудоспособности больным с различными видами временной нетрудоспособности.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации, порядок выдачи листка нетрудоспособности.
2. Функции лечащих врачей, зав. отделениями, главных врачей и ВК МО.
3. Порядок проведения экспертизы стойкой нетрудоспособности.
4. Бюро МСЭ. Состав и функции первичной медико-социальной экспертной комиссии.
5. Характеристика групп инвалидности. Реабилитация инвалидов.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение ЛН, направлений на МСЭ, медицинской документации).).

**Решение тестовых заданий:**

1. Какие документы удостоверяют временную нетрудоспособность:
  - \*а) справка установленной формы, листок нетрудоспособности
  - б) медицинская карта амбулаторного больного или история болезни в стационаре
  - в) страховой медицинский полис
  - г) талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
2. Какие документы необходимы для выдачи листка нетрудоспособности:
  - а) страховой медицинский полис
  - \*б) паспорт
  - в) медицинская карта амбулаторного больного
  - г) письменное разрешение главврача поликлиники
3. На какой срок фельдшер или зубной врач единолично выдает листок нетрудоспособности:
  - \*а) до 10 дней
  - б) до 15 дней
  - в) до 20 дней
  - г) до 30 дней
4. Максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности врачебной комиссией медицинской организации без консультации с МСЭК (кроме туберкулеза, травм и реконструктивных операций) в случае благоприятного клинического и трудового прогноза:
  - а) до 4 месяцев
  - \*б) до 10 месяцев
  - в) до 12 месяцев
  - г) не ограничен
5. На какой срок врачебная комиссия медицинской организации может выдать листок нетрудоспособности при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не более
  - \*а) 4 месяцев
  - б) 10 месяцев
  - в) 12 месяцев
  - г) 10 месяцев, а в отдельных случаях - до 12-и месяцев
6. Кем осуществляется продление листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности более 15 дней:
  - а) лечащим врачом
  - б) заведующим отделением

- в) главным врачом медицинского учреждения
- \*г) врачебной комиссией медицинской организации, назначаемой руководителем учреждения

7. На медико-социальную экспертизу пациента направляет:

- а) лечащий врач
- б) лечащий врач и заведующий отделением
- в) главный врач
- \*г) врачебная комиссия медицинской организации

8. По решению врачебной комиссии при травмах, состояниях после реконструктивных операций и туберкулезе при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан максимально на срок:

- а) до 30 дней
- б) до 4 месяцев
- в) до 10 месяцев
- \*г) до 12 месяцев

9. При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:

- а) с 1-го дня нетрудоспособности
- б) с 6-го дня нетрудоспособности
- в) с 11-го дня нетрудоспособности
- \*г) со дня окончания отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности

10. На какой максимальный срок лечащий врач может единолично выдавать листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах:

- а) до 3 дней
- б) до 7 дней
- \*в) до 15 дней
- г) до 30 дней

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз (основной и сопутствующие заболевания);
- Оформление амбулаторной карты
- Оформление листка нетрудоспособности

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной, работающий бухгалтером, имел ЛН продолжительностью 3 месяца по поводу закрытого перелома правой бедренной кости. По мнению специалистов больному до полного восстановления трудоспособности необходимо ещё 3 месяца. В какой срок больной подлежит направлению на МСЭ и каков порядок продления листка нетрудоспособности?

**Ответ:** Больной не подлежит направлению на МСЭ, так как у него благоприятный клинический и трудовой прогноз. Листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 месяцев. В нашем же случае срок временной нетрудоспособности составляет 6 месяцев. Решение вопроса о продлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии осуществляется не реже раза в 15 дней.

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

первичный  продолжение листа нетрудоспособности № \_\_\_\_\_  
 дубликат

001 234 567 891

ООО **ЗДОРОВЬЕ** (наименование медицинской организации)  
**БИРОБИДЖАН ШОЛОМ АЛЕЙХЕМА 105** (адрес медицинской организации)  
 Дата выдачи: 25-11-2013 1027900683520 (ОГРН)  
**ИВАНОВ**  
**И ИВАН**  
**О ИВАНОВИЧ** (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)  
 01-06-1965 м  ж  Причина нетрудоспособности 01 код деп код ком код  
**ОАО ЭЛЕКТРОНИКА** (место работы/наименование организации) Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости   
 Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_  
 дата 1 \_\_\_\_\_ дата 2 \_\_\_\_\_ № путевки \_\_\_\_\_ ОГРН санатория или клиники ИСМ  
 возраст (лет/мес.) \_\_\_\_\_ родственная связь \_\_\_\_\_ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход \_\_\_\_\_  
 Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да  нет   
 Ответы с нарушениями режима \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_  
 Находился в стационаре: с 11-11-2013 по 25-11-2013  
 Дата направления в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_ Установлена/изменена группа инвалидности \_\_\_\_\_  
 Дата регистрации документов в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_ Подпись руководителя бюро МСЭ: \_\_\_\_\_  
 Освидетельствован в бюро МСЭ: \_\_\_\_\_  
**ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ**  

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
11-11-2013	25-11-2013	ТЕРАПЕВТ	НИКОЛАЕВ НН	подпись
26-11-2013	29-11-2013	ТЕРАПЕВТ	НИКОЛАЕВ НН	подпись
30-11-2013	06-12-2013	ПРЕД ВК	КУЗНЕЦОВ КК	подпись
		ТЕРАПЕВТ	СМИРНОВА СС	подпись
		ПРЕД ВК	КУЗНЕЦОВ КК	подпись

 ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с 07-12-2013 Иное: \_\_\_\_\_  
 Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_  
**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**  
 Основное  По совместительству   
 Регистрационный № \_\_\_\_\_ / Код подчиненности \_\_\_\_\_  
 ИНН нетрудоспособного (при наличии) \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_  
 Условия исчисления \_\_\_\_\_ Акт формы Н-1 от \_\_\_\_\_  
 Дата начала работы \_\_\_\_\_ Страховой стаж: \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес. в т.ч. нестраховые периоды: \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.  
 Причисляется пособие за период: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 Средний заработок для исчисления пособия: \_\_\_\_\_ р \_\_\_\_\_ к. Средний дневной заработок \_\_\_\_\_ р \_\_\_\_\_ к.  
 Сумма пособия: за счет средств работодателя \_\_\_\_\_ р \_\_\_\_\_ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации \_\_\_\_\_ р \_\_\_\_\_ к. итого начислено \_\_\_\_\_ р \_\_\_\_\_ к.  
 Фамилия и инициалы руководителя: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
 Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ**  
 линия отреза  
**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**  
 первичный  продолжение листа нетрудоспособности № \_\_\_\_\_  
 дубликат

001 234 567 891

Ф \_\_\_\_\_  
 И \_\_\_\_\_  
 О \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)  
 \_\_\_\_\_ (место работы/наименование организации)  
 Основное  По совместительству  № \_\_\_\_\_  
 Дата выдачи \_\_\_\_\_  
 № истории болезни \_\_\_\_\_  
 расписка получателя \_\_\_\_\_

Печать учреждения медицинской экспертизы  
 Печать работодателя  
 Печать учреждения медицинской экспертизы

### 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

Безработный 36 лет, не состоящий на учете в муниципальном отделе занятости населения, получил травму. Лечился у хирурга с 10.06. по 16.06.

#### Задача 2

В период очередного отпуска с 1.08. по 28.08, работая на садово-огородном участке, мастер коммерческого предприятия получил травму пальцев кисти правой руки и был нетрудоспособен с 9.08. по 20.08.

#### Задача 3

Иностранец, не имеющий Российского гражданства, временно проживающий на территории РФ, застрахованный в ФСС РФ, работающий на строительстве объекта бытового назначения, получил производственную травму, в результате которой наступила временная нетрудоспособность. Положен ли ему листок нетрудоспособности? Если да, то на какой период и какой порядок его выдачи?

### 4. Задания для групповой работы

Ролевая игра – разбор клинической ситуации:

Гражданин получил травму 10.05.2011 правого голеностопного сустава, обратился в травмпункт, где был зарегистрирован факт полученной травмы. От получения листа нетрудоспособности гражданин отказался, надеясь, что функции сустава восстановятся. В последующие дни из-за выраженного болевого синдрома больной не смог приступить к работе. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно. Ввиду отсутствия эффекта и нарастания болевого синдрома 17.05.2011г. обратился в поликлинику. При осмотре установлен диагноз: 3/перелом лодыжки справа. Больной признан нетрудоспособным. Возможна ли выдача листа нетрудоспособности за прошедшие дни?

Роли – пациент, лечащий врач, председатель МК, члены МК.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

**Вопросы по теме:**

1. Определение понятия трудоспособности, временной нетрудоспособности.
2. Классификация временной нетрудоспособности.
3. Медицинские и социальные критерии временной нетрудоспособности.
4. Особенности выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, травмах, на санаторно-курортное лечение, по карантину, по уходу за больным ребенком и взрослым, по беременности и родам.
5. Показания для направления на ВК
6. Функции ВК.
7. Порядок оформления листка нетрудоспособности.
8. Правила учета и хранения листов нетрудоспособности.
9. Показания для направления на МСЭ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. В состав врачебной комиссии медицинской организации входят:

- а) лечащий врач и зав. отделением
- б) зав. отделением и зам. главного врача по клинко-экспертной работе
- в) зам. главного врача по клинко-экспертной работе и представитель органов управления здравоохранением
- \*г) председатель (зам. главного врача по клинко-экспертной или по лечебной работе), один или два заместителя, члены комиссии и секретарь

2. В отдельных случаях по решению органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации, выдача листка нетрудоспособности разрешена:

- а) работникам страховой медицинской организации
- б) представителям органов социальной защиты населения
- в) представителям профессиональной медицинской организации
- \*г) фельдшерам и зубным врачам

3. На какой максимальный срок лечащий врач может единолично выдавать листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах:

- а) до 3 дней
- б) до 7 дней
- \*в) до 15 дней
- г) до 30 дней

4. На какой максимальный срок имеют право единолично выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, при наличии у них лицензии на этот вид деятельности:

- а) до 10 дней
- \*б) до 15 дней
- в) до 4 месяцев
- г) до 10 месяцев

5. На какой срок может выдавать единолично и одновременно листки нетрудоспособности средний медицинский работник, имеющий право их выдачи:

- а) до 3 дней
- б) до 5 дней
- \* в) до 10 дней
- г) не более 30 дней

6. Женщине, у которой заболевание возникло в период послеродового отпуска:

- а) выдается листок нетрудоспособности
- б) выдается справка произвольной формы
- \*в) никакой документ не выдается
- г) выдается справка 095-у

7. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком старше 7 лет при стационарном лечении:

- а) до 3 дней, а по решению клинко-экспертной комиссии - до 7 дней
- \*б) на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока
- в) на весь срок лечения
- г) по заключению клинко-экспертной комиссии на дни фактического ухода за ребенком

8. Листок нетрудоспособности по уходу за больным взрослым членом семьи, находящимся на лечении в стационаре:

- а) выдается на 3 дня
- б) выдается на 10 дней
- \* в) не выдается вообще
- г) выдается на 15 дней

9. Иностранцам гражданам, работающим по договору на предприятиях РФ, для удостоверения временной нетрудоспособности:

- а) выдается справка произвольной формы
- \*б) выдается листок нетрудоспособности
- в) не выдается никакой документ
- г) выдается справка 095-у

10. Окончательное решение о направлении больного на медико-социальную экспертизу принимает:

- а) лечащий врач

- б) заведующий отделением  
 в) заместитель главного врача по экспертной работе  
 \* г) врачебная комиссия по представлению лечащего врача

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.



8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

**Раздел 4. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов дыхания.**

**Тема 4.3. Острые респираторные инфекции. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика**

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

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

- соблюдать основные правила сан.-эпид. режима при работе с больными с гриппом и ОРВИ.
- выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез,
- провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного),
- отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.,
- наметить план обследования (серологическое, вирусологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза,
- правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации,
- провести дифференциальный диагноз,
- определить показания к госпитализации, программу лечения на дому (этиотропную и патогенетическую терапию).

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Симптомы и синдромы поражения дыхательного тракта
2. Дифференциальная диагностика ОРИ, аденовирусной инфекции, парагриппа, риносинцитиальной инфекции .
3. Дифференциальный диагноз ОРИ с др. инфекционными заболеваниями, протекающими с выраженным синдромом интоксикации (брюшной и сыпной тиф, менингококковая инфекция, лептоспироз)
4. Особенности патогенез респираторного синдрома при различных ОРВИ.

5. Критерии тяжести ОРВИ.
6. Клиника острой дыхательной недостаточности, острой сосудистой недостаточности, других осложнений со стороны органов дыхания и нервной системы.
7. Основные исследования для подтверждения диагноза ОРВИ и оценки тяжести течения.
8. Принципы организации лечения больных гриппом и ОРВИ на дому.
9. Причины, патогенез, типы острой дыхательной недостаточности.
10. Охарактеризуйте стадии ОДН, клинические особенности.
11. Профилактика гриппа и ОРВИ.

## 2. Практическая работа:

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

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

## 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Этиология и эпидемиология данного заболевания

Особенности клинической картины. Осложнения.

Проведите дифференциальный диагноз.

Лечение.

ЭВН. Критерии выздоровления.

Профилактика.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Р., 32 года, обратился к терапевту 5 ноября с жалобами на насморк, боли и першение в горле, грубый болезненный сухой лающий кашель, осиплость голоса, повышение температуры до 38°C. Заболел 4 ноября, когда утром после сна почувствовал недомогание, слабость. Днём повысилась температура тела, появилась заложенность носа, боли в горле, сухой кашель. 5 ноября появилась осиплость голоса, температура была 37,7°C. Известно, что три дня назад пациент навещал своего знакомого, имеющего подобные жалобы. Пациент отрицает хронические заболевания, правила личной гигиены соблюдает, за пределы города не выезжал, домашних животных нет.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, выделения скудные, слизистые. Слизистая ротоглотки гиперемирована, Миндалины не увеличены, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких жестковатое дыхание, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс = ЧСС = 90 уд. в мин., удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез больного не нарушены.

**Диагноз:** Парагрипп, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании характерного постепенного начала, умеренно выраженной лихорадки и синдрома интоксикации, катарального синдрома с патогномичным для парагриппа поражением гортани (грубый болезненный сухой кашель, осиплость голоса).

**2 балла** – диагноз поставлен верно

**1 балл** – диагноз сформулирован или обоснован с неточностями

**0 баллов** – диагноз не сформулирован или сформулирован не верно.

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

**2 балла** – этиология и эпидемиология названы верно

**1 балл** – этиология и эпидемиология названы с неточностями

**0 баллов** – этиология и эпидемиология названы не верно.

Клиническая картина: Инкубационный период от 2 до 7 дней. У большинства больных парагрипп протекает без выраженной общей интоксикации. В клинической картине преобладают признаки поражения верхних отделов респираторного тракта. Ларингит и трахеит часто встречаются у детей, реже у взрослых. У детей может возникнуть ложный круп.

Осложнения. Наиболее часто развиваются пневмонии, стеноз гортани, присоединение вторичной инфекции.

**2 балла** – клиническая картина названа верно

**1 балл** – клиническая картина названа с неточностями

**0 баллов** – клиническая картина названа не верно.

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

**2 балла** – дифференциальный диагноз сформулирован верно

**1 балл** – дифференциальный диагноз сформулирован с неточностями

**0 баллов** – дифференциальный диагноз сформулирован не верно.

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

**2 балла** – лечение сформулировано верно

**1 балл** – лечение сформулировано с неточностями

**0 баллов** – лечение сформулировано не верно.

Больные временно нетрудоспособны. Переболевшие парагриппом выписываются после полного клинического выздоровления при нормальных результатах анализов крови и мочи.

**2 балла** – тактика сформулирована верно

**1 балл** – тактика сформулирована с неточностями

**0 баллов** – тактика сформулирована не верно.

Профилактика. Основой профилактики считается противоэпидемические и санитарно-гигиенические мероприятия. Для профилактики возникновения заболевания может быть использован интерферон рекомбинантный для интраназального применения.

**2 балла** – тактика профилактики сформулирована верно

**1 балл** – тактика профилактики сформулирована с неточностями

**0 баллов** – тактика профилактики сформулирована не верно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

Больная С., 30 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле при глотании, резь в глазах, обильные выделения из глаз, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 39,5°C.

Заболела остро 3 дня назад, с недомогания, боли в горле, появления чувства инородного тела в глазах, выделений, температура была 38°C. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия, появлением боли в груди, кашля с гнойной мокротой, повышением температуры тела до 39,5°C.

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

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

#### Задача 2

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

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

#### 4. Задания для групповой работы:

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

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме.**

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

**Вопросы по теме:**

1. этиологическая структура ОРВИ и свойства возбудителей;
2. патогенетические особенности различных ОРВИ;
3. возрастные особенности ОРВИ;
4. последствия частых ОРВИ;
5. показания для госпитализации;
6. своевременная диагностика осложнений ОРВИ;
7. показания к антибактериальной терапии;
8. неспецифическая профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. Основным симптомом риновирусной инфекции:

- а) высокая лихорадка;
- б) обильные водянистые выделения из носа;
- в) выраженные воспалительные изменения в ротоглотке.

2. Сезонность заболевания при парагриппе:

- а) осенне-зимняя;
- б) зимне-весенняя;
- в) отсутствует.

3. Из перечисленных симптомов при гриппе наблюдается:

- а) сыпь;
- б) гиперемия и зернистость мягкого неба;
- в) лимфаденопатия.

4. Для клиники РС-инфекции наиболее характерно все перечисленное, кроме:

- а) недомогания, насморка;
- б) постепенного начала;
- в) озноба, лихорадки.

5. Для парагриппа характерно:

- а) назофарингит;
- б) ларингит;
- в) трахеит.

6. Диагноз гриппа:

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

7. Укажите правильное утверждение:

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

8. Бронхи, бронхиолы и альвеолы поражаются чаще при:

- а) гриппе;
- б) аденовирусной инфекции;
- в) РС-инфекции.

9. Для аденовирусной инфекции характерным является:

- а) фарингит;
- б) бронхит;
- в) ларингит.

10. Клиника ларингита характерна преимущественно для:

- а) гриппа;
- б) парагриппа;
- в) аденовирусной инфекции.

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

**Рекомендуемая литература:****Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

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

10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

**Тема 4.4. Грипп в амбулаторной практике. Осложнения гриппа. Медицинская экспертиза. Особенности ведения разных категорий пациентов. Профилактика. Вакцинация от гриппа.**

**Цель:** Способствовать формированию умений и знаний, необходимых для оказания амбулаторной помощи пациентам с гриппом.

**Задачи:**

1. рассмотреть вопросы дифференциального диагноза гриппа,
2. изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические мероприятия,
3. обучить студентов работе с больным гриппом в поликлинике.

**Обучающийся должен знать:**

- вирусологическая характеристика возбудителя гриппа, его свойства,
- патофизиологические изменения в организме при гриппе,
- патоморфологическая характеристика изменений внутренних органов при гриппе,
- методы лабораторной диагностики гриппа,
- симптомы и синдромы поражения дыхательного тракта
- ранняя диагностика и дифференциальная диагностика гриппа, аденовирусной инфекции, парагриппа, риновирусной инфекции,
- дифференциальный диагноз с др. инфекционными заболеваниями, протекающими с катаральным синдромом и выраженной интоксикацией,
- критерии тяжести гриппа. острая дыхательная недостаточность. острая сосудистая недостаточность. другие осложнения со стороны органов дыхания и нервной системы, современная классификация,
- неотложная догоспитальная помощь при осложнениях,
- основные лабораторные исследования необходимые для подтверждения диагноза гриппа,
- организация лечения больных гриппом на дому. принципы лечения больных. показания к госпитализации,
- ЭВН.

**Обучающийся должен уметь:**

- соблюдать основные правила санэпид. режима при работе с больными с гриппом,
- выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез,
- провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного),
- отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза,
- наметить план обследования (лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза,
- правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации,
- провести дифференциальный диагноз гриппа,
- записать обоснование окончательного диагноза с учетом клинико-лабораторных данных, - - оформить экстренное извещение в центр гигиены и эпидемиологии,
- назначить адекватную терапию больному. определить показания к госпитализации, программу лечения на дому. назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию.

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. К какой группе инфекционных заболеваний относят грипп.

2. Чем обусловлена изменчивость вируса гриппа.
  3. Патогенез гриппа.
  4. Перечислите клинические синдромы гриппа, какой является ведущим.
  5. Охарактеризуйте синдром интоксикации при гриппе.
  6. Охарактеризуйте катаральный синдром при гриппе.
  7. Критерии тяжести гриппа.
  8. Чем проявляется геморрагический синдром.
  9. Дифференциальная диагностика гриппа.
  10. Какие осложнения гриппа вы знаете.
  11. Перечислите клинические синдромы ОРЗ, какой является ведущим.
  12. Назовите клинические проявления аденовирусной инфекции.
  13. Назовите клинические проявления риновирусной инфекции.
  14. Назовите клинические проявления респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.
  15. Охарактеризуйте клинические проявления парагриппа.
  16. Лабораторная диагностика гриппа.
  17. Принципы лечения гриппа в амбулаторных условиях.
  18. Какими препаратами проводится этиотропная терапия при гриппе.
  19. Какими препаратами проводится патогенетическая и симптоматическая терапия.
  20. Какие виды профилактики гриппа вы знаете.
  21. Роль специфической профилактики гриппа в снижении заболеваемости.
- 2. Практическая работа в поликлинике:**

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

- провести обследование больного с гриппом, выявить жалобы;

- при сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными гриппом или с высоколихорадящим больным;

- при осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, гиперемия кожи, головную боль. Выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки;

- при обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования.

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительные методы обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.

5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

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

За 2 дня до заболевания навещал сестру, у которой ухаживала за больным ребенком.

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

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

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

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

**2 балла** – диагноз поставлен и обоснован верно

**1 балл** – диагноз сформулирован и обоснован с неточностями

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

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

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

**2 балла** – решение о дальнейшей тактике принято верно

**1 балл** – решение о дальнейшей тактике принято с неточностями

**0 баллов** – тактика дальнейшего ведения не сформулирована

#### Тактика лечения:

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

Этиотропная терапия: не позднее 3 дня болезни

тамифлю 75 мг-2 р/сут.-5 дней,

или ингавирин 90 мг/сут — 5 дней,

или арбидол.

Возможно применение следующих лекарственных средств:

Иммуномодуляторы: кагоцел, циклоферон.

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

Антибактериальная терапия назначается только при наличии бактериальных осложнений.

Патогенетическая и симптоматическая терапия:

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

Для уменьшения отделяемого из носа – капли називин.

Щелочные ингаляции.

Противокашлевые средства — стоптуссин.

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

**2 балла** – лечение назначено верно

**1 балл** – лечение назначено с неточностями

**0 баллов** – лечение не назначено

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

**2 балла** – тактика сформулирована верно

**1 балл** – тактика сформулирована с неточностями

**0 баллов** – тактика ведения не сформулирована

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### **Задача №1.**

Пациент С., 41 года, обратился в поликлинику на 3-й день болезни. Жалуется на головную боль, слабость, ломоту в теле, влажный кашель. Заболел постепенно, появились недомогание, небольшой насморк. Температуру тела не измерял. На 2-й день заболевания температура 38,5°, головная боль, ломота в теле, тошнота, сухой кашель. Насморк к концу 2-го дня исчез. Контакт с больными отрицает. Объективные данные при осмотре больного: температура тела 37,4°, общее состояние удовлетворительное. Вялый. Кожа сухая, нормальной окраски. Носовое дыхание свободное. Лимфатические узлы не пальпируются. Небольшая разлитая гиперемия зева. В легких жесткое дыхание и распространенные сухие хрипы. Тоны сердца отчетливые. Пульс — 72 удара в минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируются.

#### **Задача №2**

Пациентка В., 18 лет, вызвала врача «скорой помощи» в связи с плохим самочувствием, сухим болезненным кашлем, насморком, затрудненным дыханием. Говорит сиплым голосом. Больна 3-й день, заболевание связывает с переохлаждением. Вначале появились першение в горле, заложенность носа и сиплый голос, затем кашель стал грубым. Температура тела была повышена незначительно (37,4 °С). Пациентка не лечилась, продолжала ходить на работу. Сегодня ночью состояние ухудшилось, исчез голос, кашель стал болезненным, дышать стало трудно.

При осмотре: состояние средней тяжести, частота дыхания – 26 в минуту. Громкий, сильный «лающий» кашель. После откашливания голос появляется, но затем снова пропадает. АД – 130/90 мм рт. ст., пульс – 100 ударов в минуту, температура – 38,0 °С. В легких – сухие хрипы; слизистые оболочки миндалин, дужек, задней стенки глотки неярко гиперемированы, слегка отечны. Со стороны других органов – без патологии.

#### **4. Задания для групповой работы:**

1) Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций острых респираторных инфекций.

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

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы по теме**

1. Грипп. Дайте определение болезни.
2. Назовите антигенные свойства вируса гриппа и расскажите об его изменчивости.
3. Перечислите источники инфекции, механизм заражения и пути распространения гриппа.
4. С какими антигенными изменениями связано развитие эпидемий и пандемий гриппа?
5. Укажите особенности патогенеза гриппа, расскажите о роли вирусемии и токсемии в развитии генерализованных нарушений микроциркуляции, патогенезе респираторного синдрома.
6. Какова клиника неосложненных форм гриппа с легким, средней тяжести и тяжелым течением?
7. На чем основаны критерии тяжести гриппа?
8. Перечислите специфические и неспецифические осложнения гриппа.



9. Методы профилактики гриппа. Экстренная профилактика гриппа в очаге.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

**Тестовые задания**

1. Выберите все правильные ответы.

Осложнениями гриппа могут быть:

- а) тонзиллит
- б) синусит \*
- в) колит
- г) пневмония \*

2. Выберите все правильные ответы.

Основными симптомами гриппа являются:

- а) головная боль \*
- б) высокая лихорадка \*
- в) гепатоспленомегалия
- г) кашель \*

3. Выберите все правильные ответы.

Симптомокомплекс ларингита включает:

- а) грубый лающий кашель \*
- б) осиплый голос \*
- в) рвота
- г) экзантема;

4. Выберите все правильные ответы.

Выберите осложнения тяжелой формы гриппа являются:

- а) гепатомегалия
- б) отек головного мозга \*
- в) геморрагический отёк лёгких \*
- г) ложный круп

5. Выберите один правильный ответ.

К противовирусным препаратам для лечения гриппа - ингибиторам нейраминидазы относятся:

- а) меглюмина акридонацетат, тилорон
- б) иммуноглобулин человека нормальный
- в) осельтамивир, занамивир \*
- г) ибупрофен, диклофенак, парацетамол

6. Выберите один правильный ответ.

Для периода реконвалесценции гриппа наиболее характерен синдром:

- а) катаральный
- б) интоксикационный
- в) астенический \*
- г) геморрагический

7. Выберите один правильный ответ.

Вакцина против гриппа включает антиген:

- а) одного актуального типа вируса
- б) трех актуальных типов вируса
- в) всех актуальных в эпидсезон типов вирусов\*
- г) всех известных типов вируса

8. Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком аденовирусной инфекции является:

- а) тонзиллофарингит и колит
- б) стоматит и ларингит
- в) ринофарингит и отит
- г) ринофарингит и конъюнктивит \*

9. Выберите один правильный ответ.

Обязательным исследованием при тонзиллофарингите с экссудативными явлениями на миндалинах является:

- а) мазок с миндалин и носа на дифтерию \*
- б) анализ мочи общий
- в) определение антистрептолизина-О
- г) мазок из носоглотки на стафилококк

10. Укажите наиболее правильное утверждение.

Пациент П, 25 лет, перенес грипп. Критериями выздоровления и выписки пациента к труду являются:

- а) исчезновение катаральных явлений и кашля
- б) уменьшение клинических проявлений, снижение температуры
- в) нормализация температуры и исчезновения клинических проявлений гриппа \*
- г) уменьшение слабости и боли в горле

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.

11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

**Тема 4.5. Пневмонии в амбулаторной практике. Преемственность амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение.**

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

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики ВП в условиях работы врача-терапевта участкового;
2. Алгоритм ведения пациента с признаками ВП врачом-терапевтом участковым,
3. Правила формулировки диагноза;
4. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
5. Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ВП, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;

6. Показания к госпитализации;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
9. Принципы и методы осуществления профилактики ВП врачом-терапевтом участковым.

## 2. Практическая работа.

Амбулаторный прием пациентов с различной патологией.

решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторной карты, экстренного извещения, листка нетрудоспособности).

## 3. Решить ситуационные задачи

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

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больной Л., 29 лет, пришел на прием к терапевту с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния началось к вечеру после работы в холодную погоду на открытой площадке 2 дня назад.</p> <p>Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Зев чистый. Температура тела 37,4°. Перкуторно легочный звук, зон приглушений нет. Аускультативно дыхание жесткое, крепитация ниже угла лопатки справа. ЧД 24 в мин. Sat O<sub>2</sub> -91%. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей. Отправления в норме..</p>
<b>Предварительный диагноз.</b>
ВП в нижней доле правого легкого, средней степени тяжести, ДН1.
<b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл</b> Диагноз поставлен неполностью (не верно оценены генез и степень тяжести ВП.)
<b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз.</b>
У пациента после переохлаждения на фоне интоксикационного синдрома (лихорадка, слабость, потливость) появился синдром уплотнения легочной ткани (крепитация на фоне жесткого дыхания локально, кашель с мокротой желтоватого цвета, одышка). Средняя степень тяжести – одышка при физ. нагрузке, ЧД 24 в мин, Sat O <sub>2</sub> -91%. АД 90/60 мм рт. ст.
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью (не верно оценены степень тяжести и форма ВП)
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b>
Пациенту рекомендовано: проведение рентгенографии ОГК в 2 проекциях, общий анализ мокроты, ОАК с формулой, ОАМ.
<b>2 балла</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл.</b> План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов.</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор. Тактика лечения в амбулаторных условиях</b>
По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар. При невозможности госпитализации или отказе – амоксициллин 0,5 3 раза в день при отсутствии ФР резистентности. <i>Симптоматическая терапия:</i> Муколитики при наличии мокроты: - амброксол - 3 раза в сут или раствор для ингаляций через небулайзер 2-3 раза в сут; - ацетилцистеин - внутрь в 1-2 приема или в растворе для ингаляций через небулайзер 2 раза в сут. При наличии обструктивного синдрома: - ипратропия бромид/ фенотерол в ДАИ или в растворе для ингаляций через небулайзер 2-3 раза в сут. Жаропонижающие препараты по показаниям: парацетамол или ибупрофен.
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный

<b>Диспансерное наблюдение пациента.</b>
«Д» наблюдение 1 раз в три месяца с проведением рентгенконтроля через 3 мес. при неполной динамике рассасывания инфильтративных изменений в легких. Д» наблюдение 1 год с обязательным рентгенконтролем ОГК при снятии с учета в 2 проекциях.
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

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

Считает себя больным более 20 лет, когда заметил появление кашля со слизистой мокротой в зимнее время. Периодически мокрота становилась гнойной, одновременно отмечал появление слабости. Подобные эпизоды проходили либо самостоятельно, либо после лечения у терапевта в поликлинике по месту жительства. Около 10 лет назад появилась одышка при физической нагрузке и усиление кашля и одышки во время обострения заболевания. Два последних года отмечает появление давящих болей за грудиной, характер, условия возникновения и купирования которых за последнее время не изменились. За последний год наблюдает появление отеков ног, больше к вечеру. В настоящее время температура – 37,8.

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

Объективно: состояние больного средней тяжести, гиперстеник, кожные покровы и видимые слизистые цианотичны, акроцианоз, шейные вены -набухшие. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД 22/мин. Перкуторный тон ясный легочный. При аускультации - ослабленное, жесткое дыхание, сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности после покашливания. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой СКЛ, удовлетворительных характеристик. Определяется эпигастральная пульсация. Тоны сердца: ослабление 1 тона на мечевидном отростке грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева, систолический шум на мечевидном отростке, ЧСС 90 / мин., ритм правильный. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 2,5 см снаружи от правого края грудины, левая - по левой СКЛ в 5 межреберье, верхняя - верхний край 3 ребра. АД 140/90 мм рт.ст. Живот округлой формы, печень + 4 см из-под края реберной дуги, по Курлову 1 2 - 1 0 - 8 см. Отеки на ногах до средней трети голени, холодные неподвижные. Лабораторно: общий анализ крови: эр. -  $6 \times 10^{12}/л$ , Нв - 200 г/л, Нт - 55%, лейкоц. -  $8,0 \times 10^9/л$ , СОЭ 25 мм/ч.

#### 4.Задания для групповой работы

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

Составить эпикриз по диспансерному наблюдению пациентов, перенесших ВП.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### Вопросы по теме:

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

#### Тестовые задания

1. Выберите один правильный ответ.

Эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через \_\_\_\_\_ часов:

- а) 12 - 14
- б) 24 - 36
- в) 48 - 72 \*
- г) 72 - 84

2. Выберите один правильный ответ.

Наиболее частым возбудителем домашней пневмонии у пожилых пациентов является:

- а) микоплазма
- б) хламидия
- в) пневмококк \*
- г) легионелла

3. Выберите один правильный ответ.

Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является:

- а) хронический бронхит
- б) туберкулез
- в) рак легкого
- г) очаговая пневмония \*

4. Выберите один правильный ответ.

Пациенту с пневмонией при наличии в анамнезе аллергической реакции на пенициллин следует назначить:

- а) кларитромицин \*
- б) амоксициллин
- в) цефазолин
- г) гентамицин

5. Выберите один правильный ответ.

Тактикой врача – терапевта участкового при выявлении у пациента экссудативного плеврита является:

- а) немедленная госпитализация \*
- б) плановая госпитализация
- в) амбулаторное лечение
- г) лечение на дому

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

- а) клебсиелла пневмонии\*;
- б) вирус гриппа;
- в) хламидии;
- г) микоплазмы.

7. Выберите один правильный ответ.

Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является

- а) пневмококк \*
- б) клебсиелла
- в) стафилококк
- г) легионелла

8. Выберите один правильный ответ.

К атипичным возбудителям пневмонии относятся

- а) риновирусы
- б) аденовирусы
- в) коронавирусы
- г) микоплазмы \*

9. Выберите все правильные ответы.

Клиническими проявлениями пневмонии средней степени тяжести являются:

- а) температура 38-39 С \*
- б) число дыхательных движений 25-30 в минуту \*
- в) частота сердечных сокращений 90-100 в минуту \*
- г) частота сердечных сокращений до 90 в минуту

10. Выберите все правильные ответы.

Для лечения внебольничных пневмоний могут использоваться группы антибактериальных препаратов

- а) макролиды \*
- б) цефалоспорины \*
- в) аминогликозиды
- г) пенициллины \*

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

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

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

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

## **Тема 4.6.: Амбулаторное ведение пациентов с бронхиальной астмой. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с бронхиальной астмой в амбулаторных условиях.

### **Задачи:**

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

### **Обучающийся должен знать:**

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

### **Обучающийся должен уметь:**

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

### **Обучающийся должен владеть:**

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

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- принципы диагностики и дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с признаками БА врачом-терапевтом участковым;
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении БА, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- показания к госпитализации;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики БА врачом-терапевтом участковым.

#### **2. Практическая работа.**

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



### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный диагноз;

- Обоснование диагноза;

- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

- Тактика ведения пациента.

- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больной Д., 29 лет, пришел на прием к участковому терапевту по поводу жалоб на одышку при ходьбе, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, малопродуктивный кашель. Из анамнеза: впервые одышку отмечал в 16 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя она проходила самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появилась одышка после физической нагрузки. Ухудшенные состояния в течение последних двух суток связывает с проведением ремонтных работ дома: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель. Во время последнего приступа появилось чувство удушья. Больной вызывал «скорую помощь», приступ был купирован, рекомендовали обратиться к участковому терапевту. Перенесенные заболевания: корь, пневмония 2 раза. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери – экзема. Объективно: состояние больного удовлетворительное, одышка при ходьбе, возбужден. Кожные покровы обычной окраски. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания до 26 в минуту. При аускультации: выдох продолжительнее вдоха, в легких дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.
<b>Предварительный диагноз.</b>
БА, смешанная персистирующая легкой степени тяжести, неконтролируемая
<b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл</b> Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены генез и степень тяжести БА).
<b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз.</b>
1 синдром бронхиальной обструкции - жалобы больного на одышку после физической нагрузки, приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель, удушье. Объективно в легких жесткое дыхание, сухие хрипы по всем легочным полям. Похожие симптомы были в 16 лет. Выбрана форма – смешанная БА, т.к. имеется аллергический компонент - у матери экзема, обострение после начала ремонта дома и неаллергический компонент – астма физического усилия.
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью (не верно оценены степень тяжести и форма БА)
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b>
Пациенту рекомендовано: проведение ФВД, проба с БЛ или пикфлоуметрия, общий анализ мокроты, рентгенография ОГК, ОАК, анализ крови на IgE, консультация врача аллерголога – иммунолога, пульмонолога.
<b>2 балла</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл.</b> План дополнительного обследования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов.</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования.
или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.
или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор. Тактика лечения в амбулаторных условиях</b>
По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования обострения и подбора ингаляционной терапии (ИГКС). При невозможности госпитализации – ИГКС ( <i>базисная терапия</i> ) беклометазон 250мкг по 1 ингаляции 2 раза/сут или флутиказон (фликсотид) 125мкг по 1 ингаляции 2 раза/сут или мометазон (асманекс) 200мкг по 1 ингаляции 1 раза/сут Полоскать рот водой после ингаляции или циклесонид (альвеско) 160мкг по 1 ингаляции 1 раз/сут <i>Симптоматическая терапия:</i> Ингаляции сальбутамола по 100-200мкг (1-2 вдоха по потребности при удушье), не больше 4 раз в сутки. <i>Через небулайзер:</i> физ. р-р 2-3мл + беродуал 30кап.+ будесонид (пульмикорт или буденит стери неб) 500 - 1000мкг или беклометазон (кленил УДВ) 800мкг – 2 раза в день При неэффективности лечения – СГКС преднизолон 40-50мг в сутки как минимум пять дней либо до полного выздоровления.
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный

Диспансерное наблюдение пациента.
«Д» наблюдение 1 раз в три месяца с определением контроля БА по АСТ или АСQ-тесту и коррекции лечения.
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

**Задача 1.**

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

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

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

**4. Задания для групповой работы**

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

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

**Вопросы по теме:**

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

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. Пикфлоуметр – это портативный прибор, который измеряет

- 1) только один показатель пиковой скорости выдоха (ПСВ)\*
- 2) ПСВ и ФЖЕЛ
- 3) ОФV<sub>1</sub>
- 4) МОС25

2. Пикфлоуметрия – это определение

- 1) дыхательного объема
- 2) жизненной емкости легких
- 3) остаточного объема
- 4) пиковой скорости выдоха\*

3. К возможностям пикфлоуметрии следует относить

- 1) оценку тяжести течения заболевания\*
- 2) раннюю диагностику бронхиальной астмы\*
- 3) определение обратимости бронхиальной обструкции\*

- 4) оценку степени снижения ЖЕЛ
- 5) оценку эффективности лечения \*

4. Пульсоксиметрия не информативна в присутствии

- 1) метгемоглобина\*
- 2) внутрисосудистых красителей\*
- 3) карбоксигемоглобина\*
- 4) кожной пигментации
- 5) серповидно-клеточной болезни \*

5. Астма считается «под контролем» - зеленая зона при значениях

- 1) среднесуточной проходимости бронхов (СПБ) более 80% и Δ более 5-20%.\*
- 2) СПБ до 60% и Δ до 30%
- 3) СПБ ниже 60% и Δ выше 30%
- 4) СПБ ниже 60%

6. Использование спейсера позволяет

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

7. Преимущества ингаляционной терапии

- 1) быстрота наступления эффекта
- 2) минимальное системное воздействие
- 3) простота применения по сравнению с таблетированными формами
- 4) все перечисленное\*

8. К преимуществам небулайзерной терапии бронхиальной астмы следует относить

- 1) независимость от дыхательного маневра больного
- 2) возможность применения у детей и взрослых любого возраста
- 3) побочные реакции реже, чем при приеме лекарств внутрь
- 4) быстрое достижение лечебного эффекта
- 5) все ответы верны\*

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

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

## Дополнительная литература

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

### Клинические рекомендации, методические рекомендации

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
- 5) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 6) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 7) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 8) Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
- 9) Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- 10) Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
- 11) Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
- 12) Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
 Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
 Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
 Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
 Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
 Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
 Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
 Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

#### **Тема 4.7 Хронический необструктивный бронхит. ХОБЛ. Особенности ведения пациентов в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с ХОБЛ в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

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

#### **2. Практическая работа.**

Амбулаторный прием пациентов с различной патологией. Заполнение медицинской документации, оформление листков нетрудоспособности, учебных направлений на МСЭ

#### **3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента.
  - Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Мужчина 55 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке (затруднен выдох). По утрам кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, ночные приступы удушья 1- 2 раза, снимает беродуалом. Приступы удушья возникают на холодный воздух, запахи.</p> <p>АД (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение пяти лет, сопровождающееся головными болями.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 5 лет. Курит более 36 лет. Не привит против гриппа и пневмококка.</p> <p>В анамнезе пневмония 1 раз в год. Обострения с выделением гнойной мокроты 3- 4 раза в год.</p> <p>Семейный анамнез: мать – 76 лет, страдает АГ;</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 24,8 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 88 см,</p> <p>Кожные покровы чистые, с умеренным диффузным цианозом. В легких дыхание жесткое, ослабленное, в нижних отделах легких сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 мин., АД – 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень + 3 см. Отеки ног в области лодыжек. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Сатурация кислорода- 86 %.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, креатинин – 97 мкмоль/л, ОФВ1- 33 %, проба с бронхолитиком +9 %, 150 мл. ФЛГ- усиление легочного рисунка, эмфизема легких, увеличение размеров сердца. ЭКГ- ГЛЖ, р-pulmonale.</p>
<p><b>Предварительный диагноз.</b></p> <p>ХОБЛ, тяжелая степень тяжести, смешанный вариант, с выраженными симптомами, с частыми обострениями. Обострение. ДН-2. ХЛС субкомпенсация Соп: Гипертоническая болезнь 2 ст. 2 ст. риск 3. ХСН 2б. ФК-3.</p>
<p><b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно.</p>
<p><b>1 балл</b> Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии ХОБЛ и АГ, неверно оценена стадия ДН: неверно оценена степень риска обострения, стадия по GOLD)</p>
<p><b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.</p>
<p><b>Обоснуйте диагноз.</b></p> <p>1 синдром бронхиальной обструкции (жалобы больного на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке (затруднен выдох). По утрам кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, ночные приступы удушья 1- 2 раза, снимает беродуалом. Приступы удушья возникают на холодный воздух, запахи. Курит более 36 лет. АД (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение пяти лет, сопровождающееся головными болями. В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, ОФВ1- 33, проба с бронхолитиком 9 %. ФЛГ- усиление легочного рисунка, увеличение размеров сердца. ЭКГ- ГЛЖ.</p> <p>2. синдром АГ установлен на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ГЛЖ и отеков лодыжек, гиперлипидемии.</p> <p>Синдром дыхательной недостаточности установлен на основании: одышки в покое и при незначительной физической нагрузке, рSO<sub>2</sub>.</p> <p>Диагноз ХЛС установлен на основании увеличение размеров сердца, печень +3,5 см., отеки лодыжек. р-pulmonale.</p>
<p><b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.</p>
<p><b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии ХОБЛ и АГ, неверно оценена стадия ДН: неверно оценен риск GOLD)</p>
<p><b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.</p>
<p><b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b></p> <p>Пациенту рекомендовано: проведение ФВД, проба с БЛ, общий анализ мокроты, посев мокроты на флору и ВК, пульсоксиметрия, рентгенография легких, пикфлоуметрия, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (АСТ/АЛТ, билирубин, креатинин, глюкоза), КЩС крови, электролиты крови, проведение суточного мониторирования АД, ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; СКФ. Консультация пульмонолога.</p>
<p><b>2 балла</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p>
<p><b>1 балл.</b> План дополнительного обоснования не полностью:</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p>
<p><b>0 баллов.</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p>
<p><b>Тактика ведения пациента.</b> Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.</p> <p>По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования обострения и подбора ингаляционной терапии.</p> <p>ДДБА/ИГКС+ ДДХБ.</p> <p>При обострении ингаляции через небулайзер (Беродуал 2 мл. + лазолван 2 мл., или Пульмикорт 1000мкг). Флуимуцил 600 мг. 1 р. в сутки. Беродуал Н - по потребности. Кислородотерапия, (кислородный концентратор или ДДВЛ).</p> <p>В период ремиссии вакцинация против гриппа и пневмококка. Отказ от курения. Чампикс, никоретте.</p> <p>Антигипертензивная терапия: БРА (валсартан), диуретики( верошпирон, тригрим).</p>
<p><b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован</p>
<p><b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.</p>

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

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

#### Задача 1

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

Объективно: состояние удовлетворительное. Акроцианоз. Грудная клетка правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно на фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие хрипы по всем легочным полям. ЧД 22 в мин. ЧСС 80 в мин. SatO<sub>2</sub>-90%. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Отеков на ногах нет.

#### 4. Задания для групповой работы

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

А) Пациент Д, мужчина, 63года

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

Б) Пациент Л, мужчина, 65 лет

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

В) Пациент К, мужчина, 58 лет

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

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы по теме:**

1. принципы диагностики и дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы в условиях работы врача-терапевта участкового;
2. алгоритм ведения пациента с признаками ХОБЛ врачом-терапевтом участковым,
3. правила формулировки диагноза;
4. группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;

5. - характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ХОБЛ, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. показания к госпитализации;
7. алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
9. принципы и методы осуществления профилактики ХОБЛ врачом-терапевтом участковым.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### Тестовые задания

1. Выберите один правильный ответ.

Диагноз хронического бронхита устанавливается при наличии кашля с мокротой:

- а) 2 месяца не менее 2-х лет
- б) 3 месяца не менее 2-х лет \*
- в) 3 месяца не менее 3-х лет
- г) 4 месяца не менее 3-х лет

2. Выберите один правильный ответ.

Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является:

- а) хронический бронхит
- б) туберкулез
- в) рак легкого
- г) очаговая пневмония \*

3. Выберите один правильный ответ.

Критериями средней степени тяжести ХОБЛ являются:

- а) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 = 50-80% \*
- б) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 >80%
- в) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 = 30-50%
- г) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 <80%

4. Выберите один правильный ответ.

Наиболее важным исследованием для диагностики ХОБЛ является:

- а) бронхоскопия
- б) спирометрия \*
- в) пикфлоуметрия
- г) бронхография

5. Выберите один правильный ответ.

Наиболее частым возбудителем бактериальных осложнений при ХОБЛ является

- а) гемофильная палочка \*
- б) микоплазма
- в) стафилококк
- г) синегнойная палочка

6. Выберите один правильный ответ.

Пациенты с ХОБЛ средней степени тяжести подлежат диспансерному наблюдению врача – терапевта участкового не менее:

- а) 1 раз в год
- б) 1 раз в 3 месяца
- в) 1 раз в 6 месяцев \*
- г) 1 раз в месяц

7. Найдите соответствие между вероятными возбудителями и условиями возникновения внебольничной пневмонии, развившейся на фоне

- 1) ХОБЛ
- 2) гриппа
- 3) бронхоэктазов
- 4) алкоголизма

- А) Haemophilus influenzae, Pseudomonas aeruginosa
- Б) Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus
- В) Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus
- Г) Klebsiella pneumoniae, анаэробы

Ответ: 1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г,

8. Выберите все правильные ответы.

К возможностям пикфлоуметрии следует отнести:

- а) оценку тяжести течения заболевания \*
- б) раннюю диагностику бронхиальной астмы \*
- в) определение обратимости бронхиальной обструкции \*
- г) оценку степени снижения ЖЕЛ

9. Выберите один правильный ответ.

Из мокроты и бронхиального содержимого больных с обострением хронического бронхита наиболее часто высеивается:



- а) золотистый стафилококк
- б) гемолитический стафилококк
- в) пневмококк + гемофильная палочка\*
- г) синегнойная палочка

10. Выберите все правильные ответы.

Для дифференциальной диагностики хронического бронхита с раком легкого необходимо использовать:

- а) рентгенологические методы \*
- б) бронхофиброскопию \*
- в) цитологические и гистологические методы; \*
- г) пульсоксиметрию

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.

4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
13. и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

**Раздел 5: Поликлиническая тактика ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.**

**Тема 5.8: Амбулаторное ведение пациентов с миокардитом, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с миокардитом в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «кардиология: воспалительные заболевания миокарда».
2. Рассмотреть этиологические факторы, эпидемиологию, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с миокардитами в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с миокардитами в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях при выявлении острого, подострого миокардита, на дому при хроническом миокардите, проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики миокардитов.
- Принципы диагностики и дифференциальной диагностики миокардитов и ИБС, пороков сердца в условиях работы врача-терапевта участкового. Объем обследования в поликлинике для выявления этих заболеваний.
- Алгоритм ведения пациента с признаками миокардита врачом-терапевтом участковым, правила формулировки диагноза.
- Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения, долговременных последствий и исходов миокардита.
- Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении миокардитов, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях.
- Показания к госпитализации.
- Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности, критерии длительности в зависимости от стадии.
- Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях.
- Принципы и методы осуществления профилактики инфекционно-токсических, аутоиммунных миокардитов врачом-терапевтом участковым.

### **Обучающийся должен уметь:**

- Применять алгоритм ведения пациента с признаками миокардита в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым.
- Проводить дифференциальный диагноз.
- Выявлять факторы риска.
- Определять показания для госпитализации.
- Составлять план лечения.
- Определять критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.

### **Обучающийся должен владеть:**

- Навыками амбулаторного приема пациента с миокардитами (проведение осмотра больного с заболеванием миокарда, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания).
- Навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения.
- Навыками проведения экспертизы нетрудоспособности.
- Навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС.
- Методами составления индивидуальной программы лечения пациента с заболеванием миокарда в амбулаторных условиях.
- Методикой профилактики заболеваний миокарда и использования рекомендаций по специфической профилактике долговременных последствий заболеваний миокарда.

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Этапы оказания медицинской помощи больным миокардитом.
2. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным миокардитом.
3. Причины возникновения миокардита.
4. Возможности обследования в поликлинике для выявления причины миокардита, роль современных инвазивных и неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз.
5. Принципы установления диагноза миокардита, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение, значение психотерапевтических и других немедикаментозных методов.
6. Образ жизни и факторы риска миокардита. Ранние симптомы. План обследования больного в поликлинике.
7. Лечение больных миокардитом в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
8. Вторичная профилактика при миокардите. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
9. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.
10. Основные симптомы конкурирующих заболеваний.

#### **2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (отработка ведения пациента с признаками миокардита в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым, отработка алгоритма оказания неотложной помощи при выявлении острого миокардита, работа с пациентами по вторичной и первичной профилактике миокардитов, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

#### **3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора ситуационных задач.

**Этап 1.** Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. *Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.*

**Этап 2.** Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

**Этап 3.** Определение основного раздела «Амбулаторное ведение пациентов с миокардитом», теоретический материал из которого будет необходим для решения данной задачи.

**Этап 4.** Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.

**Этап 5.** Определение других разделов «Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного характера», теоретические положения которых также могут быть востребованы при решении данной задачи.

**Этап 6.** Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.

**Этап 7.** Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. *Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.*

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

#### **Задача № 1**

Больной К., 38 лет, автослесарь, обратился к участковому терапевту с жалобами на ноющую боль в области сердца на протяжении 2 дней, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. На зарегистрированной ЭКГ выявлена впервые возникшая фибрилляция предсердий, в связи с чем пациент был госпитализирован.

Из анамнеза известно: с 33-летнего возраста пациент отмечал кратковременное приступообразное сердцебиение, которые возникли полгода назад после перенесенного гриппа, в дальнейшем приступы сердцебиения участились и стали более продолжительными,

возникали при обычной физической нагрузке и сопровождались одышкой и общей слабостью, купировались спонтанно. 2 нед назад переболел острым респираторным заболеванием, проявлявшимся ринореей, головной болью и лихорадкой до 38 °С. В течение 2 дней беспокоит постоянная ноющая боль в области сердца, не ослабевающая после приема нитроглицерина, сердцебиение стало постоянным, появились отеки стоп.

При осмотре в момент поступления обнаружены цианоз губ и кончика носа, отек стоп и лодыжек, мелкопузырчатые хрипы в нижнезадних отделах легких, смещение левой границы относительной сердечной тупости на 2 см влево от СКЛ, глухость сердечных тонов, тахикардия, пульс аритмичный, 120 в минуту (дефицита пульса нет), АД - 100/60 мм рт.ст., печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации. В анализе крови лейкоцитоз ( $10,3 \times 10^9/\text{л}$ ), увеличение СОЭ (38 мм/ч), гипергаммаглобулинемия (23 %), СРБ - «+++», гиперфибриногенемия (5,3 г/л), незначительное повышение активности АСТ, АЛТ, КФК.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,020, белок - следовые количества, глюкоза не обнаружена, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения. На ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях I, aVL, V4-6. Эхокардиография: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выявило расширение и малоструктурность корней легких, увеличение размеров сердца, малую амплитуду пульсации сердца.

Задания:

1. Установить предварительный клинический диагноз.
2. Обосновать диагноз.
3. Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.
4. Определить тактику ведения пациента.
5. Составить план диспансерного наблюдения пациента.

#### **Последовательность действий студента**

**Этап 1.** Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. *Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.*

**Этап 2.** Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

*По условию задачи было установлено, что пациент страдает воспалительным заболеванием миокарда. На основании данных задачи, жалоб, данных объективного осмотра, дополнительных методов исследования были выделены следующие синдромы:*

1. синдром иммуно- воспалительный: лейкоцитоз ( $10,3 \times 10^9/\text{л}$ ), увеличение СОЭ (38 мм/ч), гипергаммаглобулинемия (23 %), СРБ - «+++», гиперфибриногенемия (5,3 г/л).
2. синдром клинико-anamnestический- из анамнеза известно, что 2 недели назад переболел острым респираторным заболеванием, с ринореей, головной болью и лихорадкой до 38 °. В анамнезе также указание на перенесенную гриппозную инфекцию 6 мес назад.
3. синдром поражения миокарда- смещение левой границы относительной сердечной тупости на 2 см влево от СКЛ, глухость сердечных тонов, тахикардия. незначительное повышение активности АСТ, АЛТ, КФК. На ЭКГ - депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях I, aVL, V4-6. Эхокардиография: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - увеличение размеров сердца, малая амплитуда пульсации сердца.
4. синдром нарушения ритма сердца- жалобы на сердцебиение, на зарегистрированной ЭКГ 6 мес назад впервые эпизод фибрилляции предсердий во время госпитализации в стационар. В дальнейшем приступы сердцебиения участились и стали более продолжительными, возникали при обычной физической нагрузке и сопровождались одышкой и общей слабостью, купировались спонтанно. В течение 2 дней (после перенесенного ОРЗ) сердцебиение стало постоянным. Объективно: тахикардия, пульс аритмичный, 120 в минуту (дефицита пульса нет). На ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.
5. синдром хронической сердечной недостаточности с признаками застоя – жалобы на сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. Заболел около полугода назад, тогда впервые стала беспокоить одышка при обычной ФН. В течение 2 дней (после перенесенного ОРЗ) появились отеки стоп. Объективно: цианоз губ и кончика носа, отек стоп и лодыжек, мелкопузырчатые хрипы в нижнезадних отделах легких, смещение левой границы сердца на 2 см влево, глухость сердечных тонов, тахикардия, пульс аритмичный, 120 в минуту (дефицита пульса нет), АД - 100/60 мм рт.ст., печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации. Лабораторно- незначительное повышение активности АСТ, АЛТ, КФК. ЭХО-Кс: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени. Рентген ОГК: расширение и малоструктурность корней легких, увеличение размеров сердца, малую амплитуду пульсации сердца.
6. синдром кардиалгии- жалобы на ноющую боль в области сердца на протяжении 2 дней.

Из анамнеза- с 33-летнего возраста пациент полгода назад перенес грипп, в дальнейшем беспокоили приступы сердцебиения, одышка и общая слабость. 2 нед назад переболел острым респираторным заболеванием, после этого в течение 2 дней беспокоит постоянная ноющая боль в области сердца, не ослабевающая после приема нитроглицерина.

Таким образом сформулирован предварительный клинический диагноз:

Хронический постинфекционный миокардит, тяжелой степени тяжести, вероятно вирусной этиологии.

Умеренная недостаточность митрального клапана. СНнФВ (ФВ 32% по ЭХО-КС) II б, ФК 3. Персистирующая форма фибрилляция предсердий, рецидивы частые, EHRA IIб.

Риск инсульта по CHA2DS2VASc 1, риск кровотечения по HAS-BLED 0.

Необходимым действием является в ограниченное время провести осмотр больного в условиях поликлиники, составить план дополнительного обследования, интерпретировать полученные результаты, составить план лечебных и профилактических мероприятий, определить показания для госпитализации в экстренном порядке. Определить условия для направления на МСЭ.

**Этап 3.** Определение основного раздела «Амбулаторное ведение пациентов с миокардитом», теоретический материал из которого будет необходим для решения данной задачи.

*Основной раздел – «Воспалительные заболевания миокарда».*

**Этап 4.** Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.

Из основного раздела может понадобиться материал по сбору информации о пациенте, лечебно-диагностических возможностях обследования и лечения пациентов с миокардитом в условиях поликлиники. Принципы подбора медикаментозной терапии. Временная нетрудоспособность ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности.

**Этап 5.** Определение других разделов «Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного характера», теоретические положения которых также могут быть востребованы при решении данной задачи.

Из других разделов может понадобиться материал по дифференциальной диагностике с ИБС, КМП, пороками сердца. Для этого необходимо знать алгоритм дополнительного обследования, определять показания для суточного мониторирования ЭКГ, нагрузочных тестов, компьютерной или селективной ангиографии коронарных артерий. Уметь проводить дифференциальную диагностику миокардита -исключение заболеваний щитовидной железы, дифференцировка хронического миокардита тяжелого течения и дилатационной кардиомиопатии.

**Этап 6.** Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.

Алгоритм обследования данного пациента.

Пациенту рекомендовано: лабораторное дообследование- развернутый ОАК с лейкоцитарной формулой, иммунологические тесты для выявления кардиального антигена и антител к миокарду, гормоны ЩЖ- ТТГ,Т4 св., АТ к ТПО. Биохимический анализ крови: электролиты, СКФ,креатинин, общий белок, ЛДГ,ЩФ, КФК-МВ, амилаза крови, глюкоза, коагулограмма.

Инструментальная диагностика: суточное мониторирование ЭКГ, КАГ, ДС БЦА, определить показания для эндомикардиальной биопсии, УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы. В динамике пульсоксиметрия, рентгенография органов грудной клетки.

**Этап 7.** Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

Пациент после стационарного лечения продолжает наблюдение и лечение в амбулаторных условиях у врача- терапевта участкового, врача-кардиолога кардиологического диспансера. Прогноз трудовой и для выздоровления сомнительный, поэтому необходимо продолжить лечение и наблюдение в следующем объеме: основные направления терапии- профилактика инфекционных заболеваний, диспансерное наблюдение по сердечной недостаточности, профилактика тромбоэмболических осложнений- антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия по показаниям.

Если у больного усугубляются проявления сердечной недостаточности, прогрессируют нарушения ритма, что обычно происходит на фоне респираторного вирусного заболевания, переохлаждения, физического или психоэмоционального стресса, можно предполагать рецидивирующее течение воспалительного процесса в мышце сердца. В этом случае показан повторный курс этиотропной терапии. Физическая реабилитация предусматривает постепенное расширение двигательной нагрузки. Трудовой прогноз может решаться только после купирования острых явлений, поэтому экспертиза проводится не ранее, чем через 4 мес от начала лечения.

#### **Тактика ведения пациента.**

По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования застойной сердечной недостаточности, подбора антиаритмической терапии, противовоспалительной терапии основного заболевания.

Режим – 2 с постепенным расширением режима.

Антибактериальная терапия, иммуномодулирующие препараты (после консультации инфекциониста).

Лечение СН: иАПФ, БАБ в малых дозах с титрованием до средних доз по переносимости, контролю АД, ЧСС.

Диуретики- калийсберегающие, петлевые продленные.

При постоянной форме ФП- сердечные гликозиды.

Антикоагулянтная терапия- НМГ, с переходом на ОАК.

Пациент нетрудоспособен.

#### **На этапе диспансерного наблюдения:**

У пациента тяжелое осложненное течение основного заболевания, трудовой прогноз сомнительный, направление на МСЭ через 4 мес- определение группы инвалидности.

Пациенту «Д» наблюдение 1 раз в три месяца (после выписки из стационара наблюдение 1 раз в 2 недели- контроль ЭКГ, подбор дозы антикоагулянтов. На 3 месяц- наблюдение 1 раз в 3 мес, и при ухудшении).

Через 3 месяца регулярной терапии (рамиприл 1,25 мг вечером постоянно под контролем АД (не менее 110/75 мм рт.ст.), метопролола сукцинат 12,5 мг 2 раза в день под контролем ЧСС (не менее 55 в мин), спиронолактон 50 мг утром, торасемид 5 мг утром под контролем веса и электролитов крови, варфарин 2,5 мг по 1,5 таб под контролем МНО-целое 2,0-3,0): лабораторные показатели: ОАК, ОАМ, БХ анализ крови- СКФ, креатинин, электролиты, СРБ, АСТ, АЛТ, общий белок, МНО.

Суточный мониторинг ЭКГ, Эхо-Кс через 6 мес- оценка систолической и диастолической функции.

Осмотр специалистами- кардиолог, инфекционист.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### **Задача 1**

У аспирантки 26 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, там же - систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. На ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени, диффузное нарушение реполяризации. В клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 30 мм/ч, умеренный лейкоцитоз.

Задания:

1. Установить предварительный клинический диагноз.
2. Обосновать диагноз.
3. Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.
4. Определить тактику ведения пациента.
5. Составить план диспансерного наблюдения пациента, провести экспертизу нетрудоспособности.

#### 4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

#### **Вопросы по теме:**

1. Дать определение понятию «воспалительные заболевания миокарда».
2. Дать определение понятию «некоронарогенные заболевания миокарда», кардиомиопатия.
3. Классификация миокардитов по этиологическому фактору, по клиническому течению.
4. Дать описание клинической картины миокардита, первичных и вторичных кардиомиопатий.
5. Лабораторная и инструментальная диагностика болезней миокард, критерии диагноза.
6. Этапы оказания медицинской помощи больным миокардитом.
7. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным миокардитом.
8. Возможности обследования в поликлинике для выявления причины миокардита, роль современных инвазивных и неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз.
9. Принципы установления диагноза миокардит, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение, значение психотерапевтических и других немедикаментозных методов.
10. План обследования больного в поликлинике.
11. Лечение больных миокардитом в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
12. Вторичная профилактика при миокардите.
13. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.
14. Санаторно-курортное лечение. Диспансерное наблюдение.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

#### **Тестовые задания**

1). Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- а) Поражения миокарда возбудителем инфекции.
- б) Воздействия токсинов.
- в) Возникновения иммунопатологических реакций.
- г) Всего перечисленного.\*

2). Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) Вирусные.\*
- б) Бактериальные.
- в) Паразитарные.
- г) Грибковые.
- д) Правильного ответа нет.

3). В научных исследованиях для верификации диагноза миокардита используют биопсию миокарда, при этом:

- а) Положительные результаты биопсии подтверждают диагноз миокардита.\*
- б) Отрицательные результаты биопсии исключают диагноз миокардита.
- в) Оба ответа правильные.

- 4). При миокардитах может наблюдаться:
- Депрессия сегмента ST.
  - Сглаженный или отрицательный зубец T.
  - Блокада ножек пучка Гиса.
  - Псевдоинфарктный зубец Q.
  - Все перечисленное.\*
- 5). Фракция выброса левого желудочка у больных гипертрофической кардиомиопатией:
- В пределах нормы.
  - Увеличена.\*
  - Снижена.
- 6). Тромбоэмболический синдром наиболее характерен для больных:
- Гипертрофической кардиомиопатией.
  - Дилатационной кардиомиопатией.\*
  - Рестриктивной кардиомиопатией.
  - Встречается с одинаковой частотой при всех формах.
- 7). Выпот в перикард наиболее часто встречается при:
- Гипертрофической кардиомиопатии.
  - Дилатационной кардиомиопатии.\*
  - Рестриктивной кардиомиопатии.
  - Правильного ответа нет.
- 8). При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:
- Глюкокортикоидных гормонов.
  - Азатиоприна.
  - Оба ответа правильные.\*
  - Правильного ответа нет.
- 9). Назначение противовоспалительных препаратов при миокардитах:
- Противопоказано в остром периоде вирусной инфекции.\*
  - Вообще противопоказано при вирусных миокардитах.
  - Оба ответа правильные.
  - Правильного ответа нет.
- 10). Для дилатационной кардиомиопатии характерна:
- Левожелудочковая недостаточность.
  - Правожелудочковая недостаточность.
  - Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.\*

Критерий оценок:

- ошибка – «5»
- ошибки – «4»
- ошибки – «3»
- и более ошибок – «2»

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

##### Дополнительная литература

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

### **Тема 5.9. Алгоритм диагностики АГ, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ.**

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

#### **Задачи:**

1. Изучить вопросы оказания квалифицированной медицинской помощи больным гипертонической болезнью на приеме, в поликлинике и на дому.
2. Уточнить возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз гипертонической болезни, вазоренальной и ренальной гипертензии.



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

#### **Обучающийся должен знать:**

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

#### **Обучающийся должен уметь:**

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

#### **Обучающийся должен владеть:**

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

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

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

##### **2. Практическая работа в поликлинике.**

Место проведения: терапевтическое отделение поликлиники, кабинет врача терапевта, врача кардиолога, кабинет реабилитации, учебная комната.

##### **3. Решить ситуационные задачи**

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

- 2). Пример задачи с разбором по алгоритму.

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной К., водитель, 52 года, обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи, одышку при подъеме на 3 этаж. Из анамнеза заболевания: больным себя считает в течение 9 лет, когда после психоэмоционального напряжения появились

головная боль, слабость, головокружение. Врачом скорой помощи зафиксировано АД 180/110 мм рт.ст. При последующих измерениях АД постоянно отмечалось повышение АД до 160/95 мм рт.ст. В течение 2 лет отмечает после эмоциональных стрессов периодическое повышение АД до 200/115 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, тошнотой, купирующееся приемом 2 таб. коринфара, появление одышки при умеренной нагрузке. Постоянно не лечился. Из анамнеза жизни: курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь не употребляет, любит соленую, жирную пищу. Мать умерла от ОНМК в 50 лет. Работает водителем 30 лет.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы лица, воротниковой зоны гиперемированы. Дыхание в легких везикулярное. Левая граница сердца по левой среднеключичной линии, правая и верхняя не изменены. Тоны сердца, ритмичные, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке, ЧСС=пульс=86 в мин. АД на обеих руках 200/120 мм рт.ст. Периферических отеков нет.

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

ЭхоКС: ЛП - 43 мм, ЛЖ - 55 мм, МЖП - 12 мм, ЗСЛЖ - 13 мм, ММЛЖ - 290 г, ИММЛЖ - 145 г/м<sup>2</sup>, ФВлж - 55%, индекс сферичности ЛЖ - 0,6, КДОлж/ММЛЖ - 0,55, КДОлж - 160 мл, ИКДОлж - 80 мл/м<sup>2</sup> (N - 82 мл/м<sup>2</sup>). Правые отделы не расширены. На митральном клапане регургитация (++), Е/А -0,8, ВИВРЛЖ - 136 мс. Очаговых нарушений сократимости не выявлено. Окулист: отчетливое сужение просвета артерий и артериол, уплощение их стенок, сдавление вен уплотненными артериолами, извилистость, расширение вен. ЭКГ прилагается:

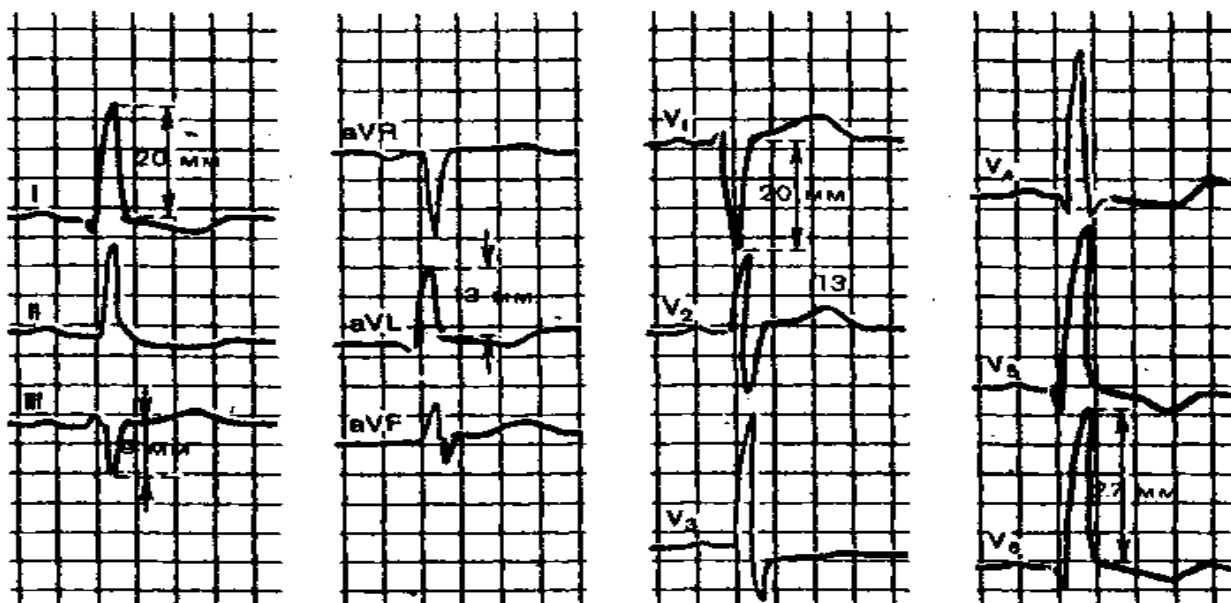


Рис. 24.

Предварительный диагноз.

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

2 балла Диагноз поставлен верно.

1 балл Диагноз поставлен не полностью

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Дополнительное обследование для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики:

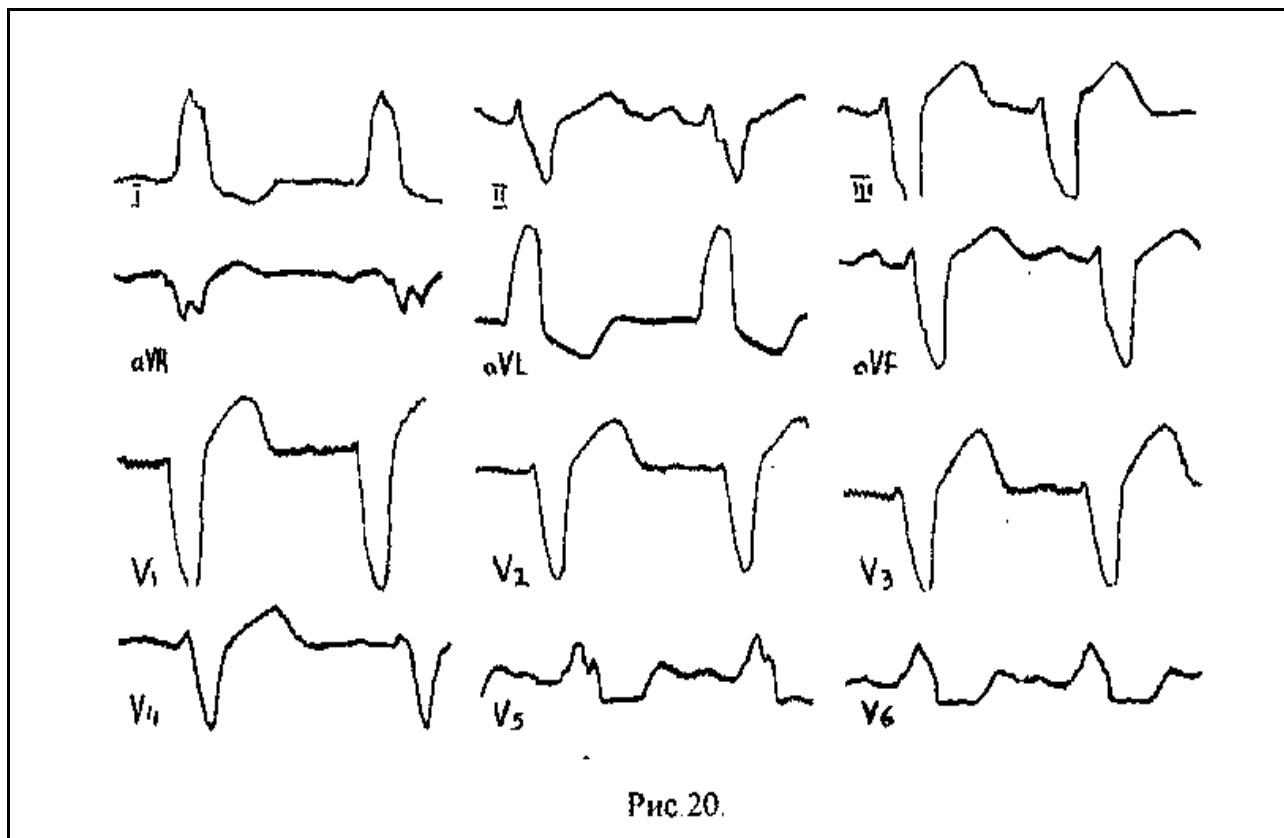
- биохимический анализ крови: глюкоза крови, электролиты, креатинин, СКФ, мочевая кислота, билирубин, липидный спектр, АСТ, АЛТ;
- УЗИ почек и надпочечников, доплер почечных артерий по показаниям;
- УЗ дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- ЛПИ;
- Коронарный кальций;
- Р- графия органов грудной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

<b>2 балла</b> Обследование проведено в полном объеме
<b>1 балл</b> Обследование охватывает не менее 75% от рекомендуемого
<b>0 баллов</b> Обследование не позволяет уточнить степень тяжести артериальной гипертензии
<b>Расшифруйте ЭКГ и укажите критерии свидетельствующие о наличии гипертрофии левого желудочка</b>
Увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях - V5,6 .Rv5,6 >Rv4 Увеличение глубины зубца S в правых грудных отведениях - V1,2 Rv5, 6 > 25 мм Rv5,6 + Sv1,2 > 35 мм. Смещение электрической оси сердца влево Смещение переходной зоны вправо, к V1,2 Увеличение времени внутреннего отклонения в V5,6 > 0,05"Смещение сегмента ST и отрицательный зубец T в V5,6 , I, aVL - при выраженной гипертрофии левого желудочка с его систолической перегрузкой.
<b>2 балла</b> ЭКГ диагноз поставлен правильно Указаны более 75% критериев, подтверждающих гипертрофию ЛЖ
<b>1 балл</b> ЭКГ диагноз правильный. Указаны от 50 до 75% критериев
<b>0 баллов</b> ЭКГ расшифровано неправильно. Критерии экг гипертрофии ЛЖ указаны неправильно
<b>Заключительный диагноз</b>
Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, риск 3 (высокий). Гипертонический криз 2 типа. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперхолестеринемия. СНсФВ (ФВ 55% по ЭХО-Кс) ПА, ФК 2. Суммарный КВР высокий.
<b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл</b> Диагноз поставлен не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии гипертонической болезни, неверно оценена стадия СН, неверно определен сердечно-сосудистый риск)
<b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз.
1) Синдром АГ( основной): при обращении у пациента жалобы на головную боль и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи, одышку при подъеме на 3 этаж. При последующих измерениях АД постоянно отмечалось повышение АД до 160/95 мм рт.ст. В течение 2 лет отмечает после эмоциональных стрессов периодическое повышение АД до 200/115 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, тошнотой, купирующееся приемом 2 таб. коринфара. Пачка/лет 30. Наследственность у матери ОНМК.
2) Синдром поражения миокарда (расширения границ сердца): левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии. По данным ЭХО-Кс- признаки концентрической ГЛЖ ( МЖП - 12 мм, ЗСЛЖ - 13 мм, ММЛЖ - 290 г, ИММЛЖ - 145 г/м2, индекс сферичности ЛЖ - 0,6). По ЭКГ- признаки ГЛЖ (увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях - V5,6 .Смещение электрической оси сердца влево Смещение переходной зоны вправо, к V1,2 Увеличение времени внутреннего отклонения в V5,6 > 0,05"Смещение сегмента ST и отрицательный зубец T в V5,6 , I, aVL - при выраженной гипертрофии левого желудочка с его систолической перегрузкой).
3) Синдром гиперхолестеринемии: ХС - 6,2 ммоль/л.
4) Синдром сердечной недостаточности: по данным ЭХО-Кс: ЛП - 43 мм, МЖП - 12 мм, ЗСЛЖ - 13 мм, ИММЛЖ - 145 г/м2, ФВлж - 55%, индекс сферичности ЛЖ - 0,6, ВИВРЛЖ - 136 мс. В течение 2 лет появление одышки при умеренной ФН.
Обоснование криза: жалобы на головную боль и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи, одышку при подъеме на 3 этаж. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы лица, воротниковой зоны гиперемированы. Тоны сердца, ритмичные, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке, ЧСС=пульс=86 в мин. АД на обеих руках 200/120 мм рт.ст. Периферических отеков нет.
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии АГ, неверно оценена стадия СН, неверно оценен риск)
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Назовите группы препаратов, используемых при лечении ГБ</b>
3) Купирование гипертонического криза (скорость снижения АД не более 25% за первые 2 часа): каптоприл 25 мг внутрь с контролем АД, ЧСС, пульса.
4) Медикаментозная терапия: валсартан 160 мг+амлодипин 5 мг в виде фиксированной комбинации по 1 таблетке вечером постоянно под контролем АД (целевое АД 120-130/70-79 мм рт.ст.), статины при визуализации атеросклероза БЦА.
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован или выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный
Укажите, медицинские и социальные критерии свидетельствующие о наличии временной нетрудоспособности у данного пациента
Медицинские критерии: обострение хронического заболевания, необходимость соблюдения режима, необходимость лечения. Социальные критерии: работа связана с движением транспорта
<b>2 балла</b> Указаны все медицинские и социальные критерии(4)

<b>1 балл</b> Указаны правильно не менее 3 критериев
<b>0 баллов</b> Критерии выбраны неправильно
Укажите алгоритм диспансерного наблюдения пациента
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (диспансерная группа- Ша) , кратности наблюдения (1-2 раза в год) , необходимый минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения.
<b>2 балла.</b> Указаны все 6 позиций
<b>1 балл.</b> Указаны 3 позиции
<b>0 баллов.</b> Тактика диспансерного ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

<p><b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b></p> <p>Больная Э., 49 лет, поступила в кардиологическое отделение ОКБ по направлению терапевта ЦРБ. При поступлении предъявляет следующие жалобы: периодические умеренные головные боли в затылочной области, часто сопровождающиеся легкими головокружениями; внезапно начинающиеся и внезапно купирующиеся приступы ритмичного сердцебиения, сопровождающегося слабостью и недомоганием, продолжительностью около получаса, возникающие около 1 раза в неделю; одышка при умеренных физических нагрузках.</p> <p><u>Из анамнеза.</u> Считает себя заболевшей около 10 лет назад, когда впервые во время госпитализации по поводу обострения хронического гайморита лечащим врачом неоднократно регистрировались повышенные цифры АД (max АД = 160/100 mm Hg). Обратилась за помощью в медицинский пункт предприятия, где был зафиксирован максимальный за всё время подъём АД до 200/120 mm Hg. Пациентке был рекомендован сублингвальный прием 25 мг «Капотена», после которого купировалась симптоматика и снизилось АД. С этого периода регулярно измеряет АД, хорошее самочувствие отмечает при АД = 140/90 mm Hg. Постоянной гипотензивной терапии не получает; эпизоды подъёма АД, которые сопровождаются вышеописанной симптоматикой купирует сублингвальным приёмом «Капотена» 0,025. В течение последних 6 месяцев отмечает возникновение внезапных приступов ритмичных сердцебиений, частота и продолжительность которых нарастают со временем; а также - усиление одышки.</p> <p>Жительница города, работает диспетчером на транспортном предприятии. Перенесённые заболевания и состояния: хронический гайморит, хронический ларингит, частые ОРЗ, распространённый остеохондроз, деформирующий остеоартроз коленных и голеностопных суставов, хронический калькулёзный холецистит. Курит с 24 лет по ½ пачке в сутки сигарет без фильтра. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственный анамнез: мать страдает гипертонической болезнью с 40 лет, у отца – ИБС (ОИМ в 58 лет). Аллергологический и лекарственный анамнезы спокойны.</p> <p>Тоны сердца приглушены, ритмичны, в области верхушки убывающий систолический шум с лучом проведения до передней подмышечной линии. Пульс = ЧСС = 78/мин, АД = 170/110 mm Hg. Живот округлой формы, увеличен за счёт подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. <u>Результаты некоторых дополнительных исследований:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Биохимия крови: общий холестерин - 6,5 ммоль/л, триглицериды - 2,5 ммоль/л, АСТ – 14 ед/л, АЛТ – 20 ед/л, билирубин – 14 мкм/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, белок общий - 72,2 г/л</li> <li>▪ ОАК: эр.- 4,0 x 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 9 x 10<sup>9</sup>/л, п/я – 6%, с/я – 52 %, баз. – 1%, эоз. - 4%, лимф. – 34%, мон. – 3%, тромбоц. – 180 x 10<sup>9</sup>/л</li> <li>▪ ОАМ: p = 1020, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, белка нет</li> <li>▪ ЭхоКГ: аорта несколько уплотнена, диаметром до 40 мм. АК, МК не изменены. ЛП – 42 мм, ЛЖ – 59ммм, МЖП – 10 мм, ЗСЛЖ – 10 мм, ММЛЖ - 232 г, ИММЛЖ - 179 г/м<sup>2</sup>, ФВлж - 53%, индекс сферичности ЛЖ - 0,65; КДОлж/ММлж - 0,76; КДОлж - 184 мл, ИКДОлж -102 мл (N - 85 мл). Правые отделы не расширены, передняя стенка ПЖ – 5 мм. По доплеру: на АК и МК кровоток не изменен, на МК регургитация (+-++), E/A - 0,9; ВИВРЛЖ - 88 мс.</li> <li>▪ Осмотр глазного дна: вены расширены, извиты, артерии несколько сужены.</li> <li>▪ ЭКГ признаки гипертрофии ЛЖ</li> </ul> <p>Расшифруйте ЭКГ и укажите признаки, характерные для изменений при ГБ (рис 20)</p>
--



#### 4. Задания для групповой работы

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

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы по теме:**

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

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания**

1. Выберите один правильный ответ.

Какие цифры артериального давления дают возможность констатировать наличие артериальной гипертензии:

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

2. Выберите один правильный ответ.

К органам-мишеням при гипертонической болезни относятся:

- а) почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
- б) сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
- в) артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
- г) сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза \*

3. Выберите один правильный ответ.

Гипертоническая болезнь II стадии проявляется:

- а) повышением уровня креатинина плазмы свыше 133 мкмоль/л
- б) суточной экскрецией альбумина с мочой в количестве 300–500 мг
- в) снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> \*
- г) наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки

4. Выберите один правильный ответ.

Какой признак не соответствует диагнозу гипертоническая болезнь I стадии у больного 35 лет:

- а) отсутствие изменений глазного дна
- б) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
- в) зубец R в V5–V6 равен 32 мм\*
- г) уровень мочевого кислоты = 348 ммоль/л

5. Выберите один правильный ответ.

При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа:

- а) альдостерома
- б) узелковый периартериит;
- в) феохромоцитома\*
- г) акромегалия

6. Выберите один правильный ответ.

Какая причина артериальной гипертензии у больной со следующими **клиническими** признаками: внезапное появление головной боли на фоне резкого повышения АД, сопровождающееся тошнотой, тахикардией, бледностью кожных покровов, после приступа – полиурией:

- а) синдром Иценко–Кушинга
- б) климактерический синдром
- в) феохромоцитома\*
- г) тиреотоксикоз

7. Выберите один правильный ответ.

Показаниями к экстренной госпитализации являются:

- а) гипертонический криз, купированный на догоспитальном этапе
- б) гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД
- в) осложнения гипертонической болезни (ОНМК, отек легких) \*
- г) сопутствующая фибрилляция предсердий пароксизмальная форма

8. Выберите один правильный ответ.

Показаниями для санаторно – курортного лечения при гипертонической болезни являются:

- а) III стадия заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности выше II стадии
- б) I и II стадии заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности не выше II стадии\*
- в) III стадия заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности III стадии
- г) I и II стадии заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности III стадии

9. Выберите один правильный ответ.

Высокая диастолическая гипертензия характерна для:

- а) нефрогенной гипертонии \*
- б) атеросклероза аорты
- в) дисэнцефального синдрома
- г) гипертиреоза

10. Выберите один правильный ответ.

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

- а) периндоприл/индапамид\*
- б) бисопролол/гидрохлортиазид
- г) амлодипин/индапамид
- д) лозартан/амлодипин

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

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

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Алгоритм ведения пациента с гипертоническим кризом, рекомендации ООО «Содействия профилактике и лечению артериальной гипертензии „Антигипертензивная Лига”», 2015
- 5) Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
- 6) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 7) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 8) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 9) Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014
- 10) Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

## **Тема 5.10.: Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с АГ, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией.**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по дифференцированному подходу к ведению пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующей патологией в амбулаторных условиях.

### **Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам с артериальной гипертензией.
2. Рассмотреть факторы риска, методы диагностики и тактику ведения пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» (пожилые пациенты, беременные, пациенты с рефрактерной артериальной гипертензией) и с сопутствующей патологией (хронической сердечной недостаточностью, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, поражением почек) в амбулаторных условиях.
3. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому пациентам с артериальной гипертензией, относящимся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, проведению экспертизы нетрудоспособности.

### **Обучающийся должен знать:**

- принципы диагностики и дифференциальной диагностики артериальной гипертензии в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, врачом-терапевтом участковым,
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания в рамках дифференцированного подхода к лечению артериальной гипертензии у пациентов, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики артериальной гипертензии у пациентов, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, врачом-терапевтом участковым.

### **Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

### **Обучающийся должен владеть:** (навыки, которые должен освоить студент на данном занятии)

- методикой амбулаторного приема пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики артериальной гипертензии у пациентов, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией.

## **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

### **1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
2. Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
3. Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
4. Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.



5. Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
6. Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
7. Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
8. Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики артериальной гипертензии.

## 2. Практическая работа.

Решение тестовых заданий

1. Выберите один правильный ответ.

Точным методом диагностики вазоренальной гипертонии является:

- а) почечная ангиография \*
- б) УЗИ почек
- в) сцинтиграфия почек
- г) компьютерная томография почек

2. Выберите один правильный ответ.

Диагноз маскированной артериальной гипертензии устанавливается при:

- а) повышенном АД при офисном измерении и нормальном АД в домашних условиях \*
- б) повышенном АД в домашних условиях и нормальном АД при офисном измерении
- в) повышенном АД в домашних условиях и нормальном АД при офисном измерении
- г) выявлении повышенного диастолического АД при нормальном систолическом АД

3. Выберите один правильный ответ.

У пациента С АД 150/90 мм рт.ст., перенесшего коронарное шунтирование, гипертоническая болезнь \_\_\_\_ стадии:

- а) III \*
- б) I
- в) II
- г) IV

4. Выберите один правильный ответ.

АГ считают резистентной к лечению при отсутствии достижения целевых уровней АД при назначении комбинации:

- а) диуретика, двух препаратов других групп в адекватных дозировках и антагониста минералокортикоидных рецепторов \*
- б) трех групп антигипертензивных препаратов
- в) четырех групп антигипертензивных препаратов, из которых два являются тиазидным и петлевым диуретиком
- г) диуретика и ИАПФ в течение трех месяцев терапии

5. Выберите один правильный ответ.

Гестационной называют АГ, которая:

- а) развилась после 20 недели беременности и исчезает в течение 12 недель после родов \*
- б) зарегистрирована во время первого триместра беременности
- в) развилась после 20 беременности терапии и сохраняется более 12 недель после родов
- г) сопровождается протеинурией, полиурией

6. Выберите все правильные ответы.

Показания для госпитализации при гипертонической болезни:

- а) необходимость дообследования в диагностически сложных случаях\*
- б) трудность в подборе медикаментозной терапии (резистентная АГ) \*
- в) кризовое течение артериальной гипертензии\*
- г) проведение суточного мониторинга АД

7. Выберите все правильные ответы.

К трудовым рекомендациям при гипертонической болезни относятся противопоказания к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности:

- а) работа со значительными физическим и нервно-психическим напряжением\*
- б) работа на высоте, промышленный альпинизм\*
- в) работа с воздействием производственного шума и вибрации\*
- г) работа в горячих цехах\*

8. Выберите все правильные ответы.

Показаниями для направления в бюро медико – социальной экспертизы являются:

- а) быстро прогрессирующий (злокачественный) вариант артериальной гипертензии\*
- б) осложнения артериальной гипертонии (инсульт, инфаркт миокарда) \*
- в) необходимость рационального трудоустройства\*
- г) необходимость определения вида диспансерного наблюдения

9. Выберите один правильный ответ. При сочетании артериальной гипертонии с бронхиальной астмой предпочтительны следующие группы лекарственных препаратов:

- а) антагонисты кальция\*
- б) нитраты
- в) бета-блокаторы
- г) диуретики

10. Выберите один правильный ответ.

При сочетании артериальной гипертензии с ИБС предпочтительны следующие группы лекарственных препаратов:

- а) нитраты
- б) диуретики
- в) альфа -адреноблокаторы
- г) бета-блокаторы\*

11. Выберите один правильный ответ.

При сочетании артериальной гипертензии с сахарным диабетом предпочтительны следующие группы лекарственных препаратов:

- а) диуретики
- б) препараты центрального действия
- в) антагонисты кальция\*
- г) альфа-адреноблокаторы

12. Выберите один правильный ответ.

С чего целесообразно начать терапию пациента 55 лет, страдающему ИБС (стенокардия напряжения 2ФК) и умеренной артериальной гипертензией:

- а) с тиазидных мочегонных
- б) с ингибиторов АПФ
- в) с бета-блокаторов \*
- г) с клофелина

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Определите факторы риска;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Женщина, 69 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на повышение АД до 170/90, головную боль, умеренную сухость во рту, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчесов, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъеме на 3 этаж.

Из анамнеза: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. Более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациентка перенесла инфаркт миокарда. С этого времени состояние пациентки оставалось стабильным. Нерегулярно принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симvastатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут).

Семейный анамнез: у родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребенка при рождении 4,6 кг. Перенесла холецистэктомию (в 45 лет).

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены.

Общий анализ крови: эритроциты -  $3,9 \times 10^{12}$ , Hb - 130 г/л, тромбоциты -  $250 \times 10^{12}$ , лейкоциты -  $6,1 \times 10^9$ , лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. ОАМ - глюкозурия 3,2 ммоль/л. Альбуминурия - 65 мг/л. Креатинин = 117 мкмоль/л. СКФ = 56 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, общий холестерин = 5,7 ммоль/л, ЛПНП = 3,7 ммоль/л, глюкоза крови натощак - 10,2 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 8,5%.

По ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.

ЭХО-кардиоскопия: признаки гипертрофии левого желудочка, участок гипокинезии задней стенки левого желудочка; фракция выброса 48%.

Консультация окулиста, заключение: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

#### Предварительный диагноз.

- Гипертоническая болезнь, III стадия, 3 степень, риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка.
- Сахарный диабет 2 типа, целевые значения HbA1c (< 8%)
- Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).
- ХБП, 3а стадия смешанного генеза, стадия умеренной альбуминурии (A2).
- ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. ПИКС (инфаркт миокарда от «дата»). СнПФВ (ФВ 48% по ЭХО-Кс) IIa, 2 ФК.
- Абдоминальное ожирение I ст. Дислипидемия.

**2 балла:** Диагноз поставлен верно.

**1 балл:** Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены степень АГ, стадии ГБ и ХБП, функциональный класс стенокардии и сердечной недостаточности. Неверно определён целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента.

**0 баллов:** Диагноз поставлен неверно.

#### Обоснуйте диагноз.

Больная страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 10 лет. Целевые значения гликированного гемоглобина HbA1c < 8%, т.к. пожилой возраст, есть тяжелые макрососудистые осложнения (ИБС, перенесенный инфаркт миокарда) и риск тяжелой гипогликемии (большая продолжительность СД, ХБП С3а).

<p>Диабетические микроангиопатии: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU и нефропатия, которая имеет смешанный генез (диабетическая и гипертоническая). С 3а, т.к. СКФ = 56 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.          Диабетическая макроангиопатия - ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК, т.к. у пациента приступы возникают при быстрой ходьбе, более 1 этажа.          СН 2 стадии, т.к. у пациентки расширены левые отделы сердца, промежуточная ФВ, ФК 2, т.к. присутствуют умеренные ограничения физической активности.          В течение 20 лет страдает повышением артериального давления (до 180/110 – 3 степень АГ).          3 стадия, т.к. у больной диагностирована ИБС. Гипертрофия миокарда левого желудочка по данным ЭКГ и ЭХО-КС. Риск 4 (очень высокий), т.к. у пациента имеется ИБС, сахарный диабет, ХБП 3а.</p>	
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.	
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью.	
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.	
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b>	
ОАК, ОАМ. Биохимический анализ крови: глюкоза, HbA1c, белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ, ЭКГ, ЭХО-КС, дуплекс БЦА эндокринолог-диабетолог, офтальмолог, нефролог, кардиолог, невролог по показаниям, рентгенография органов грудной клетки.	
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.	
<b>1 балл:</b> План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.	
<b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.	
<b>Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.</b>	
<p>Принципы лечения:          - Питание          - Физическая активность          - Пероральные сахароснижающие препараты          - Обучение и самоконтроль          - Терапия ИБС, АГ, ХСН.</p> <p>Т.к. у больного уровень HbA1c = 8,5%, надо достичь менее 8%. Назначим метформин в дозе 1000 мг 2 раза в день с учетом очень высокого КВР. Контроль HbA1c не реже 1 раза в 3 месяца. Эффективным считается темп снижения HbA1c &gt; 0,5 % за 6 мес. наблюдения.</p> <p>Оптимальной целью антигипертензивной терапии у больных СД считается АД 130-139/70-79 мм рт. ст. Оптимальным препаратом является Периндоприл, который применяется при ИБС и СД, ХБП. Периндоприл 10 мг 1 раз в сутки под контролем АД. Так как у пациентки 3 степень повышения АД, то необходимо назначение трех антигипертензивных препаратов. Возможно сочетание периндоприла и индапамида в дозе 10/2,5 мг в сутки. Целесообразно назначение селективного бета-блокатора Бисопролол в дозе 10 мг 1 раз в сутки под контролем АД и ЧСС. Цель ЧСС &lt; 60 уд/мин. Аспирин в дозе 75 мг/сут вечером во время ужина, при АД менее 150/90 мм рт.ст. Нитраты короткодействующие по требованию.</p> <p>Целевые уровни холестерина при очень высоком риске &lt; 4,0 ммоль/л, ТГ &lt; 1,7 ммоль/л, ЛПНП &lt; 1,5 ммоль/л. Оптимальным является Розувастатин (особенно при наличии сахарного диабета и ХБП) 20 мг 1 раз в сутки. Необходим контроль липидного спектра, АЛТ, АСТ и КФК.</p>	
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован	
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.	
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный	
<b>Диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом 2 типа</b>	
<b>Показатель</b>	<b>Частота обследования</b>
Самоконтроль гликемии	В дебюте заболевания и при декомпенсации – ежедневно несколько раз! В дальнейшем в зависимости от вида сахароснижающей терапии: – на интенсифицированной инсулинотерапии: не менее 4 раз ежедневно; – на пероральной сахароснижающей терапии и/или агонистах рецепторов ГПП-1 и/или базальном инсулине: не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю; – на готовых смесях инсулина: не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю; – на диетотерапии: 1 раз в неделю в разное время суток
HbA1c	1 раз в 3 месяца
Непрерывное мониторирование уровня глюкозы крови (CGM)	По показаниям
Общий анализ крови	1 раз в год
Общий анализ мочи	2 раза в год
Микроальбуминурия	2 раза в год
Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ)	Не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений)
Контроль АД	При каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертензии – самоконтроль 2-3 раза в день
ЭКГ	1 раз в год

ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 факторов риска)	1 раз в год
Консультация кардиолога	1 раз в год
Осмотр ног	При каждом посещении врача
Оценка чувствительности стоп	Не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще
Проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина	Не реже 1 раза в 6 мес.
Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком)	1 раз в год, по показаниям – чаще
Консультация невролога	По показаниям
Рентгенография грудной клетки	1 раз в год
При появлении признаков хронических осложнений СД, присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска вопрос о частоте обследований решается индивидуально.	
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.	
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.	
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.	

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1.

1) К больной 72 лет вызван врач-терапевт участковый. Жалобы на одышку, слабость, головокружение и учащенное сердцебиение в течение 15 минут. Анамнез заболевания: перенесла инфаркт миокарда заднеинferiorной стенки левого желудочка с зубцом Q пять лет назад, лечилась стационарно. Страдает гипертонической болезнью с подъемом АД до 180/90 мм рт. ст. в течение 15 лет. При физической нагрузке (подъем на третий этаж) бывают загрудинные боли, которые снимаются приемом нитроглицерина. Приступы в течение последнего полугодия не учащались. Отмечает отеки голеней к вечеру. Принимает периодически ацекардол, фуросемид, дигоксин. Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Спит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Пульс - 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости слева в V межреберье от СКЛ + 2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона на легочной артерии. Частота дыхания - 26 в 1 минуту. В легких жесткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже реберной дуги. Отеки голеней. На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной с целью оценки характера нарушений ритма, желудочковая тахикардия. По опроснику «Возраст не помеха» - 6 баллов.

#### Задача 2.

Мужчина 56 лет, у которого в течение последних десяти лет отмечается повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л, обратился к врачу-терапевту участковому. Нерегулярно принимает аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией эналаприл 10 мг и амлодипин 10 мг неэффективно. ИМТ = 34,7 кг/м<sup>2</sup>. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 °С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В легких дыхание везикулярное.

Сердце: тоны правильные, 80 в минуту, акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Нв - 110 г/л, лейкоциты - 5,4×10<sup>9</sup>/л, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры - до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови - 200 мкмоль/л.

#### Задача 3.

Больная 78 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст. Из анамнеза известно о повышении АД до 180/80 мм рт.ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз гипертонической болезни. Препараты принимает нерегулярно, забывает. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм рт.ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ не отягощена. При осмотре состояние удовлетворительное. Рост - 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ - 17,7 кг/м<sup>2</sup>; обхват талии - 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. ЧД - 18 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД - 162/62 мм рт.ст. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон. По опроснику «Возраст не помеха» - 7 баллов.

#### 4. Задания для групповой работы

Составление мини-кейсов, разбор клинической ситуации «На приеме пожилой пациент с гипертонической болезнью и старческой астенией».

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### Вопросы по теме

1. Этиология и патогенез артериальной гипертензии.
2. Классификация артериальной гипертензии.
3. Лабораторная диагностика артериальной гипертензии.
4. Диагностические критерии артериальной гипертензии.
5. Основные синдромы при артериальной гипертензии.
6. Изменения внутренних органов при артериальной гипертензии.
7. Осложнения артериальной гипертензии.
8. Дифференцированный подход к лечению пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с сопутствующими заболеваниями.
9. Методика диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с сопутствующими заболеваниями.
10. Экспертиза утраты трудоспособности при артериальной гипертензии у пациентов, относящихся к «особым категориям» и с сопутствующими заболеваниями.
11. Профилактика артериальной гипертензии.
12. Санаторно-курортное лечение пациентов с артериальной гипертензией, относящихся к «особым категориям» и с сопутствующими заболеваниями.

щими заболеваниями.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания:**

1. Критерием артериальной гипертензии при измерении домашнего АД является:

- а) повышение САД  $\geq 135$  мм рт.ст.
- б) повышение САД  $\geq 140$  мм рт.ст.
- в) повышение ДАД  $\geq 85$  мм рт.ст.
- г) повышение ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст.

1) верно а и в; 2) верно а и г; 3) верно б и в; 4) верно б и г.

2. Клиническими показаниями к назначению СМАД и ДМАД являются:

- 1) подозрение на гипертонию «белого халата»
- 2) вегетативная, ортостатическая, постпрандиальная, лекарственная гипотония
- 3) выявление истинной и ложной резистентной АГ
- 4) все выше перечисленное верно
- 5) все выше перечисленное неверно

3. У больных АГ старческого возраста медикаментозная терапия рекомендуется:

- 1) при повышении САД  $\geq 160$  мм рт.ст.
- 2) при повышении САД  $\geq 140$  мм рт.ст.
- 3) при повышении ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст.
- 4) не рекомендуется

4. Больным сахарным диабетом рекомендуется целевое САД:

- 1)  $< 160$  мм рт.ст.
- 2)  $< 140$  мм рт.ст.
- 3)  $< 135$  мм рт.ст.
- 4)  $< 130$  мм рт.ст.

5. Тест «Верно-неверно». Выберите абсолютно неверный ответ.

Противопоказанием к приему бета-блокаторов является:

- 1) бронхиальная астма
- 2) ХОБЛ
- 3) гиперкалиемия
- 4) брадикардия
- 5) атрио-вентрикулярная блокада 2 степени

6. Противопоказанием к приему иАПФ является:

- 1) сахарный диабет
- 2) подагра
- 3) двухсторонний стеноз почечных артерий
- 4) гиперкалиемия

7. При инфаркте миокарда в анамнезе рекомендуется принимать гипотензивные препараты следующих классов:

- 1) бета-блокаторы
- 2) иАПФ
- 3) БРА
- 4) антагонисты кальция

8. При фибрилляции предсердий рекомендуется принимать гипотензивные препараты следующих классов:

- 1) бета-блокаторы
- 2) недигидропиридиновые антагонисты кальция
- 3) дигидропиридиновые антагонисты кальция
- 4) иАПФ

Ответы к тестовым заданиям: 1- 1; 2- 4; 3- 1; 4- 2; 5- 3; 6- 3; 7- 1; 8- 4.

**Решить клинические задачи:**

**Задача №1.**

Больная П. 62 года, жалуется на сухость во рту, жажду, желание есть сладости, головные боли, одышку при ходьбе в обычном темпе.

Из анамнеза: избыточный вес более 20 лет. Больная 2 года отмечает одышку при ходьбе в обычном темпе. В течение 6 месяцев отмечает зуд кожи. В течение последнего месяца появились жалобы на сухость во рту, жажду, головные боли, выраженную слабость, с которыми больная обратилась к врачу. При исследовании обнаружен сахар крови натощак 8,4 ммоль/л. Предпочитает высококалорийную пищу. У матери сахарный диабет 2 типа

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, рост 160, вес 100 кг, объем талии (ОТ) 110 см, объем бедер (ОБ) 115 см. Кожа сухая, на ногах видны следы расчесов. На крыльях носа и щеках определяются ксантелазмы. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Левая граница сердца по левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 180/100 мм рт ст. Печень 10-8-7 см. Отеков нет.

Лабораторные исследования: сахар крови натощак 10 ммоль/л, с-пептид-0,6 пмоль/л, Креатинин крови 0,09 ммоль/л.

HbA1c- гликированный гемоглобин 11%,

Сахар мочи – 1,5%, ацетон крови и мочи – не обнаружен.

Общий холестерин 7,4 ммоль/л, триглицериды 3,7 ммоль/л.

- 1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
- 2. Поставить предварительный диагноз.
- 3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.

4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

**Задача №2.**

Мужчина 70 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащённое сердцебиение, чувство перебоев в работе сердца, головокружение при ходьбе, слабость, одышку при ходьбе до 150 м по ровной местности. Ухудшение самочувствия отмечает в течение суток.

В анамнезе: инфаркт миокарда 8 лет назад, по поводу чего лечился в отделении кардиологии (документов нет). Более 20 лет отмечает высокие цифры АД (в пределах 160-180/90-100 мм рт.ст.). Гипотензивную терапию получает ситуационно (капотен). Курит более 30 лет по 25 сигарет в день. Семейный анамнез: мать умерла в 75 лет, имела АГ, ИБС; отец умер в 80 лет из-за инсульта.

Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, жесткое, проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС – 110-120 в минуту. Пульс аритмичный слабого наполнения, 80-82 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание в норме. Пастозность стоп, голеней.

1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности, 2018
- 5) Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
- 6) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 7) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 8) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 9) Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
- 10) Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- 11) Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014
- 12) Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
- 13) Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

- 14) Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

#### **Тема 5.11. Амбулаторное ведение пациентов с ИБС, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.**

**Цель:** Углубление и закрепление знаний по вопросам поликлинической диагностики, реабилитации, и диспансеризации, МСЭ, профилактики больных с ишемической болезнью сердца.

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

**Обучить** рациональному диспансерному наблюдению за больными стенокардией - периодичность осмотров, объем обследования, принципы медикаментозной терапии, ЛФК, лечебного питания, рациональное трудоустройство, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, отбор на санаторно-курортное лечение. Определению показаний для госпитализации больных ИБС и реализации госпитализации в экстренном и плановом порядке. Обоснованию объема обследований в поликлинике больных с синдромом болей в левой половине грудной клетки. Уточнению возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Определению роли и значения ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХО-КГ), стресс-эхокардиографии (стресс-ЭХО-КГ), коронарографии для верификации ИБС. Обучить правильно оформлять документы по временной и стойкой утрате трудоспособности, диспансеризации больных. Обучить методике выявления факторов риска ИБС

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

#### **Обучающийся должен знать:**

- Современную классификацию ИБС.
- Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза по синдромному принципу.
- Основные отличительные признаки коронарных болей при стенокардии.
- Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС.
- Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Экстракардиальные причины

болей в грудной клетке: шейно-грудная дорсопатия на фоне остеохондроза, заболевания плевры, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, заболевания органов брюшной полости.

- Тактика ведения больных ИБС в поликлинических условиях.
- Роль курения, избыточного веса, и других факторов риска в развитии осложнений при ИБС.

**Обучающийся должен уметь:**

- В ограниченное время провести осмотр больного ИБС, собрать анамнез, выявить основные объективные данные, подтверждающие диагноз заболевания.
- Составить план лечения и профилактики при ИБС.
- Определить показания для госпитализации в экстренном и плановом порядке.
- Выявить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.
- Составить программу профилактики ИБС.
- Правильно оформить лист нетрудоспособности, медицинскую карту амбулаторного больного и необходимое документационное обеспечение больных с ИБС в амбулаторных условиях.
- Дать пациенту рекомендации по первичной и вторичной профилактике при ИБС с учетом состояния его здоровья.
- Своевременно выявить показания к трудоустройству и правильно его реализовать.

**Обучающийся должен владеть:**

- Сбор и анализ жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента.
- Анализ и интерпретация результатов лабораторного обследования пациента.
- Анализ и интерпретация результатов ЭКГ, мониторинга АД и ЭКГ, ЭХО-КС.
- Снятие и анализ ЭКГ.
- Навыками профессионального врачебного поведения.
- Ведение медицинской документации.
- Овладеть методикой проведения осмотра больного ИБС,
- Овладеть оценкой, выявлением основных объективных данных, подтверждающим диагноз заболевания.
- Овладеть методикой лечения больных ИБС в условиях поликлиники, лечения в межприступном периоде и в периоде обострения ИБС.
- Овладеть знаниями по определению критериев временной нетрудоспособности, ее длительности, оформлению документации
- Овладеть методикой анализа критериев медико-социальной экспертизе их реализации на практике.
- Овладеть методикой анализа программ профилактики ИБС и использованию рекомендаций по первичной и вторичной профилактике.
- Овладеть методикой составления программы реабилитации для конкретного больного.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

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



9. Временная нетрудоспособность при стенокардии напряжения, ее длительность в зависимости от функционального класса.
10. Критерии восстановления трудоспособности. Показания для направления на медико-социальную экспертизу.
11. Профилактика, диспансерное наблюдение.

## 2. Практическая работа.

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

### Тестовые задания для контроля.

1. Выберите один правильный ответ.

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

- а) I ФК
- б) II ФК
- в) III ФК \*
- г) IV ФК

2. Выберите один правильный ответ.

Что из перечисленного не характерно для стенокардии I функционального класса:

- а) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе
- б) возникновение болей при подъеме до 1-го этажа\*
- в) отсутствие изменений ЭКГ в покое
- г) иррадиация болей в левое плечо

3. Выберите один правильный ответ.

Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:

- а) реверсия негативного зубца T
- б) удлинение интервала PQ
- в) депрессия сегмента ST более 2 мм\*
- г) появление предсердной экстрасистолии

4. Выберите один правильный ответ.

Какие признаки не характерны для вариантной стенокардии:

- а) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
- б) приступы возникают чаще ночью
- в) наиболее эффективны антагонисты кальция
- г) физическая нагрузка переносится плохо\*

5. Выберите один правильный ответ.

57-летний больной жалуется, что в течение года 1–2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторинге: в момент приступа подъем ST в отведениях V2–V5 8 мм. На следующий день – ST на изолинии. Какая патология у больного:

- а) стабильная стенокардия IV функционального класса
- б) инфаркт миокарда
- в) прогрессирующая стенокардия
- г) вариантная стенокардия; \*

6. Выберите один правильный ответ.

При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:

- а) зондирования желудка
- б) рентгеноскопии ЖКТ
- в) ЭКГ\*
- г) гастродуоденоскопии

7. Выберите один правильный ответ.

Следующие суждения относительно безболевой ишемии миокарда верны, кроме:

- а) наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС\*
- б) принципы лечения те же, что и типичной стенокардии
- в) прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС
- г) основой диагноза являются изменения ЭКГ

8. Выберите один правильный ответ.

Какой из симптомов наиболее достоверен при стенокардии:

- а) загрудинная боль при физической нагрузке
- б) подъем ST на высоте боли
- в) депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступов болей \*
- г) патологический зубец Q;

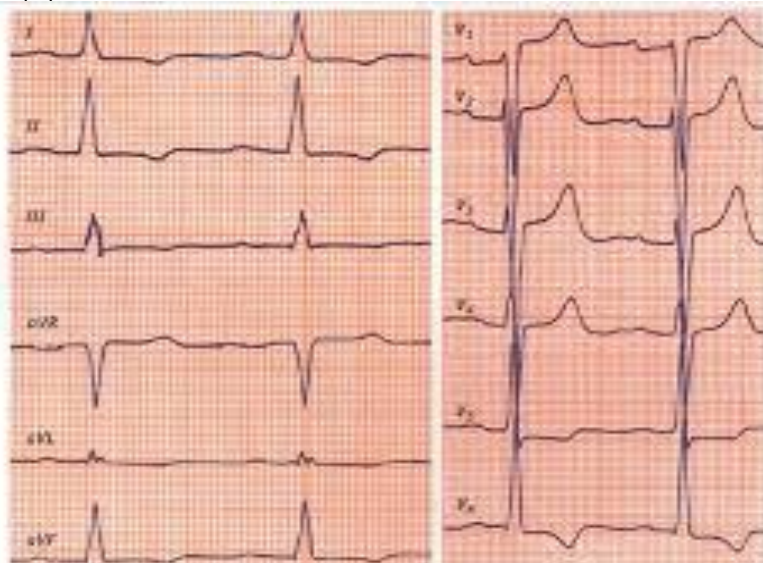
## 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Выделить синдромы и поставить предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
<p>Больной К., 58 лет, Вызвал врача на дом 13.05.2018г. с жалобами на давящие загрудинные боли, появляющиеся при прохождении 3-4 кварталов, ускорении темпа ходьбы, ходьбе в гору, подъеме на 3 этаж, боли появляются при выходе на холодный воздух, проходят после остановки или приема нитроглицерина за 3-5 мин. Беспокоит одышка при подъеме на 2 этаж, ощущение замирания, частых перебоев в работе сердца, больше в покое.</p> <p><b>Из анамнеза заболевания:</b> болен в течение 8 лет, когда впервые появились загрудинные боли при интенсивной физической нагрузке, сильно волнении. Периодически при обращении в поликлинику по разным причинам регистрировалось АД 160/80 - 170/100. Не лечился. Одышка и перебои появились в течение последнего года. При учащении перебоев появляется слабость, усиливается одышка, приступы загрудинных болей возникают при меньшей нагрузке.</p> <p><b>Из анамнеза жизни:</b> работает механизатором, курит 30 лет по пачке сигарет в день, алкоголь употребляется редко. Имеет домашнее хозяйство, постоянно ест яйца, сало, масло, сметану. Брат умер в 48 лет внезапно.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние удовлетворительное, в сознании. Телосложение гиперстеническое, подкожно-жировой слой развит избыточно, рост 176-см, вес 100 кг. Дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком, ЧД 16 в мин. Пульс неритмичный (паузы и преждевременные сокращения, 82 в мин. Тоны сердца аритмичные (частые паузы и преждевременные сокращения), ослабление I тона на верхушке, ЧСС 82 в мин. АД 165/85 мм рт.ст.</p> <p><b>Данные дополнительных методов обследования: ЭКГ после нагрузки (см. рис.)</b></p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий холестерин 8,1 ммоль/л, ХСЛПНП -4,1 ммоль/л, триглицериды 2,7. ммоль/л, креатинин 90 ммоль/л, мочевиная кислота 490 ммоль/л, общий белок 76 г/л.</p> <p><b>Коагулограмма:</b>            Фибриноген: 2,76 г/л            Протромбин: 108%            Тромбиновое время: 12 с            АПТВ 26,8 с            Фибринолитическая акт.: 11 мин.</p> <p><b>ЭхоКС:</b> ЛП - 45 мм; ЛЖ - 57 мм, МЖП - 10 мм, ЗСЛЖ - 10 мм, ММЛЖ - 250 г, ИММЛЖ 142 г/м<sup>2</sup> (N до 134 г/м<sup>2</sup>), ФВлж - 40%, индекс сферичности ЛЖ - 0,7, КДОлж/ММЛЖ - 0,85, КДОлж - 182 мл, ИКДОлж - 94 мл/м<sup>2</sup> (N - 82 мл/м<sup>2</sup>). Правые отделы не расширены. На митральном клапане регургитация (+), пики Е/А - 0,6, ВИВРЛЖ - 112 мс. Очаговых нарушений сократимости достоверно не выявлено.</p> <p><b>Проба с физической нагрузкой на тредмиле:</b> выполнена нагрузка 450 кгм. Общее время нагрузки - 4 минуты 16 секунд. Ишемические изменения ST зарегистрированы.</p>	
	
<p>Рис. ЭКГ во время нагрузки :</p>	
<p><b>Выделите основные синдромы. Какой синдром является ведущим</b></p> <p>Синдром хронической коронарной недостаточности. Синдром артериальной гипертензии. Синдром Недостаточности кровообращения (систолическая и диастолическая дисфункция левого желудочка). Синдром нарушения ритма сердца. Синдром повышения массы тела. Ведущий синдром- хронической коронарной недостаточности. Характеризуется коронарными болями и ЭКГ изменениями.</p>	
<p><b>2 балла.</b> Ответ дан в полном объеме. Правильно выделен основной синдром и его критерии.</p>	
<p><b>1 балл.</b> Основные синдромы выделены , критерии ведущего синдрома указаны не все.</p>	
<p><b>0 баллов.</b> Основные синдромы указаны неверно, критерии ведущего синдрома указаны частично.</p>	
<p><b>Укажите типичные клинические, функциональные и ЭКГ - признаки стенокардии напряжения у данного пациента</b></p> <p>Боли, давящего характера, провоцируются физической нагрузкой, купируются нитроглицерином или прекращением нагрузки. Стенокардия соответствует II ФК, поэтому в данном случае клинические проявления нельзя рассматривать в рамках нестабильной стенокардии. На экг во время нагрузки признаки ишемии миокарда в боковой и задней стенке Л.Ж.</p>	
<p><b>2 балла</b> Ответ правильный. Отмечены критерии правильно клинические и со стороны ЭКГ</p>	
<p><b>1 балл</b> ответ правильный, однако не в полном объеме освещает данные клиники и ЭКГ</p>	
<p><b>0 баллов</b> Ответ неверен</p>	
<p><b>Сформулируйте диагноз.</b></p>	

ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степень повышения АД. Гипертрофия ЛЖ. Желудочковая экстрасистолия. СНпФВ (ФВ 40% по ЭХО-Кс) Iа ст., ФК 2. Группа высокого риска (4). Ожирение II ст. Абдоминальный тип.
<b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно по всем клиническим и функциональным критериям.
<b>1 балл</b> Диагноз поставлен верно, но недостаточно сформулированы функциональные параметры изменения органов и систем
<b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.
Проведите диагностический поиск. Что позволит подтвердить диагноз при анализе анамнеза, данных физикального исследования, лабораторного исследования,
Анализ анамнеза позволяет выявить наличие у пациентки факторов риска коронарного атеросклероза (курение, артериальная гипертония). Данные <b>2-го этапа</b> диагностического поиска (физическое исследование) при стенокардии малоинформативны. Избыточная масса тела является еще одним фактором риска ИБС. На <b>3-м этапе</b> диагностического поиска результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие гиперлипидемии 4-го типа. Врачи нередко склонны связывать болевой синдром в грудной клетке с некардиальными причинами, тем более что у них чаще встречаются ложноположительные результаты нагрузочных проб. В данном случае проведенная проба с физической нагрузкой оказалась информативной. При положительном результате пробы наличие хронической коронарной недостаточности (с учетом жалоб и профиля факторов риска) практически не будет вызывать сомнений.
<b>2 балла</b> Обследование проведено в полном объеме
<b>1 балл</b> Обследование охватывает не менее 75% от рекомендуемого
<b>0 баллов</b> Обследование не позволяет уточнить диагноз
<b>Расшифруйте ЭКГ и данные ЭХОКГ и укажите какие нарушения имеются в данном случае</b>
Неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. По данным ЭХО КГ- ММЛЖ - 250 г, ИММЛЖ 142 г/м <sup>2</sup> (N до 134 г/м <sup>2</sup> ), ФВлж - 40%, индекс сферичности ЛЖ - 0,7, КДОлж/ММЛЖ - 0,85, КДОлж - 182 мл, ИКДОлж - 94 мл/м <sup>2</sup> (N - 82 мл/м <sup>2</sup> ) то есть признаки гипертрофии левого желудочка и сердечной недостаточности.
<b>2 балла</b> Функциональный диагноз поставлен правильно. Функциональные критерии учтены в полном объеме.
<b>1 балл</b> Функциональный диагноз поставлен правильно, но не в полном объеме.
<b>0 баллов</b> расшифровано неправильно.
<b>В каких видах реабилитации и лечения нуждается пациент:</b> - Медикаментозной, физической, психологической, профессиональной, социальной, хирургической . - Лечение: гипохолестеринемическая диета, статины (розувастатин), аспирин, нитраты по требованию, бета-блокаторы (бисопролол), при неэффективности или непереносимости бета-блокаторов – ивабрадин; ингибиторы АПФ (лизиноприл). - коронароангиография и решение вопроса о хирургической реваскуляризации.
Ответ правильный , дан в полном объеме (85-100%)
Ответ правильный, но охватывает не все параметры (60-84%)
Ответ неправильный.
<b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл</b> Диагноз поставлен не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии АГ, неверно оценена стадия СН, неверно оценена степень риска)
<b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Укажите, медицинские и социальные критерии свидетельствующие о наличии временной нетрудоспособности у данного пациента</b>
Медицинские критерии: обострение хронического заболевания, необходимость соблюдения режима, необходимость лечения. Социальные критерии: тяжелый физический труд
<b>2 балла</b> Указаны все медицинские и социальные критерии(4)
<b>1 балл</b> Указаны правильно не менее 3 критериев
<b>0 баллов</b> Критерии выбраны неправильно
<b>Укажите алгоритм диспансерного наблюдения пациента</b>
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (диспансерная группа- IIIа) , кратности наблюдения (3-4 раза в год) , необходимый минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения.

<b>2 балла.</b> Указаны все позиции алгоритма диспансерного наблюдения
<b>1 балл.</b> Указаны половина рекомендуемого алгоритма ДН
<b>0 баллов.</b> Тактика диспансерного ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

**Задача № 1**  
**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**


Больной У., 39 лет, машинист по профессии, обратился на прием к врачу поликлиники. Жаловался на выраженную слабость, приступы головокружения, потливость, давящие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при физических нагрузках, не купируются нитроглицерином, проходят после приема валидола, одышку при высоких физических нагрузках, приступы ритмичных сердцебиений, внезапно начинающихся и заканчивающихся, длящихся до 1 часа, сопровождающихся слабостью и головокружением, давящими болями за грудиной, возникают 1-2 раза в месяц, ни с чем не связаны.

**Из анамнеза заболевания:** больным себя считает в течение 2 лет. Заболевание началось со слабости и потливости, к которым через 1 год присоединились давящие боли за грудиной и одышка при тяжелых физических нагрузках и головокружения. Последние 3 месяца стали беспокоить приступы сердцебиений с частотой 1-2 р/мес.

**Анамнез жизни** без особенностей.

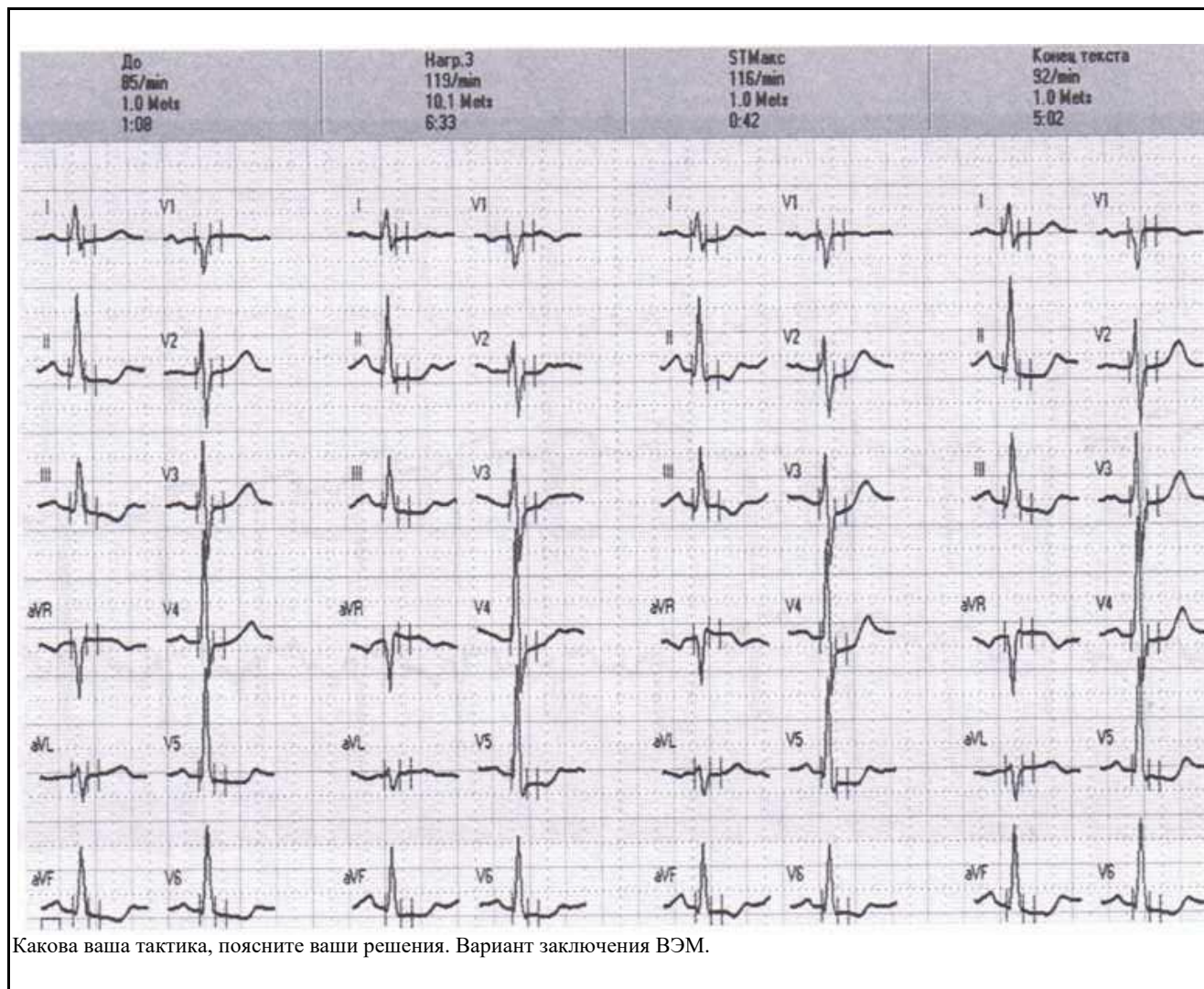
**Объективно:** состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 90, ритмичный. АД 120/90 мм.рт.ст. Систолическое дрожание передней грудной стенки по левому краю грудины. Сильный приподнимающий верхушечный толчок в 5 м/р на 1 см кнутри от левой СКЛ. Границы сердца: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя – 3 м/р, левая – на 1 см кнутри от левой СКЛ в 5 м/р. Тоны сердца ясные, ритм правильный, в 3-4 м/р слева от грудины – систолический шум (при пробе Вальсальвы шум усиливается). Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

**Обследование:**  
**БХАК:** ТГ – 2,0 ммоль/л, общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 5,2 ммоль/л  
**ЭхоКС:** аорта в восходящем отделе умеренно уплотнена. Створки АК и МК не изменены. Умеренно выраженное переднесистолическое движение, в диастолу – касание передней створки МК о МЖП. ЛП – 50, ЛЖ – 44, МЖП – 18 мм, ЗСЛЖ – 11 мм, ММЛЖ – 300г, ФВлж – 65%. На митральном клапане регургит. (++) . На аорте систолический кровоток турбулентный с градиентом 50 мм.рт.ст. На трикусп. Клап. регург. (+). Пики Е/А – 0,6, ВИВРЛЖ – 112, СДЛА – 40 мм.рт.ст.

<p><b>Примеры ЭКГ</b></p> <p><i>Снято во время приступа сердцебиения.</i></p>	
---	---

**Задача 2.**  
**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У пациента Л., 52 лет, во время быстрой ходьбы возникают давящие боли в области сердца. При регистрации стандартной ЭКГ выявлена горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V5-6 до 0,6 мм. При регистрации ЭКГ стоя непосредственно перед проведением нагрузочного теста также выявлена горизонтальная депрессия сегмента ST в указанных отведениях до 1 мм. Протокол Bruce. Достигнута субмаксимальная ЧСС (119 уд./мин) на 2-й ступени теста, толерантность к нагрузке составила 10,1 METs. Пациент предъявлял жалобы на ощущение сдавления за грудиной. (см ЭКГ)



#### 4. Задания для групповой работы

Деловая ролевая игра: пациент со стенокардией на приёме у врача-терапевта участкового.

Роли – пациент, врач-терапевт участковый, врач функциональной диагностики, врач-кардиолог.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы по теме:**

1. Особенности проведения дифференциального диагноза болей в грудной.
2. Основные отличительные признаки коронарных болей при стенокардии.
3. Варианты ИБС наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники.
4. Лечение ИБС в условиях поликлиники, тактика купирования ангинозных приступов, лечение в межприступном периоде.
5. Санаторно-курортное лечение.
6. Временная нетрудоспособность при ИБС.
7. Показания к госпитализации.
8. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности и отбор на санаторно-курортное лечение.
9. Оказание неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях при ИБС.
10. Решение вопросов госпитализации в плановом и экстренном порядке при ИБС. Профилактика ИБС на современном этапе развития медицинской помощи населению.
11. Роль курения, избыточного веса, гиподинамии и другие факторы риска в развитии осложнений при ИБС.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. Выберите один правильный ответ.

Следующие суждения относительно безболевого ишемии миокарда верны, кроме:

- а) наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС\*
- б) принципы лечения те же, что и типичной стенокардии
- в) прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС
- г) основой диагноза являются изменения ЭКГ

2. Выберите один правильный ответ.

Какой из симптомов наиболее достоверен при стенокардии:

- а) загрудинная боль при физической нагрузке
- б) подъем ST на высоте боли
- в) депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступов болей \*
- г) патологический зубец Q;

3. Выберите один правильный ответ.

Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного ИМ должна проводиться:

- а) только при неосложненном течении
- б) больным до 50-летнего возраста
- в) при отсутствии сопутствующих заболеваний
- г) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда\*

4. Выберите один правильный ответ.

В диагностике ИБС наиболее информативным являются:

- а) аускультативные данные
- б) типичные анамнестические данные \*
- в) ЭКГ
- г) анализ крови;

5. Выберите один правильный ответ.

Какой препарат можно использовать в качестве антиангинального средства у больного 50 лет, страдающего стенокардией напряжения III ФК, с наличием на ЭКГ синусового ритма, постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекс QRS:

- а) верапамил
- б) атенолол
- в) обзидан
- г) нитросорбид\*

6. Выберите один правильный ответ.

Больная, 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 недели, после ОРЗ. На ЭКГ – снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец T. СОЭ – 45 мм/ч. Предположительный диагноз:

- а) климатическая кардиомиопатия
- б) ИБС
- в) миокардит\*
- г) перикардит

7. Выберите один правильный ответ.

Для стратификации риска сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной ИБС используют:

- а) тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию\*
- б) перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка)
- в) перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ
- г) коронароангиографию, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ

8. Выберите все правильные ответы.

Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации:

- а) стенокардия Принцметала\*
- б) впервые возникшая стенокардия напряжения\*
- в) прогрессирующая стенокардия\*
- г) частая стенокардия напряжения покоя\*

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

Заполнить учебное направление на МСЭ пациенту с ИБС и тяжёлой сердечной недостаточностью.

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента

2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента
----	--------------------------------------	------------	-----------------------------	----	--------------------------

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
  2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
  3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
  4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
  5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
  6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
  7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
  8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
  9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014
10. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  11. Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.
  12. Клинические рекомендации Кардиоваскулярная профилактика, 2017 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

### **Тема 5.12: Острый коронарный синдром. ИМ, выявление, тактика ведения, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация пациентов с острым коронарным синдромом.**

**Цель:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с острым коронарным синдромом, ИМ, выявление, тактика ведения. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация пациентов с острым коронарным синдромом.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам с острым коронарным синдромом, ИМ, выявление, тактика ведения. Оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Реабилитация пациентов с острым коронарным синдромом. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с неотложными состояниями в амбулаторных условиях.
2. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с острым коронарным синдромом, ИМ.
3. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при остром коронарном синдроме, ИМ. Проведению экспертизы нетрудоспособности при остром коронарном синдроме, ИМ.

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента с признаками острого коронарного синдрома, ИМ в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациента с острым коронарным синдромом, ИМ (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента в амбулаторных условиях;
- методикой реабилитации и профилактики острого коронарного синдрома, ИМ.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Острый коронарный синдром, ИМ, выявление, тактика ведения.
2. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. Реабилитация пациентов с острым коронарным синдромом;
4. Алгоритм ведения пациента с признаками острого коронарного синдрома, ИМ врачом-терапевтом участковым.



5. Принципы и методы осуществления реабилитации и профилактики острого коронарного синдрома врачом-терапевтом участковым.

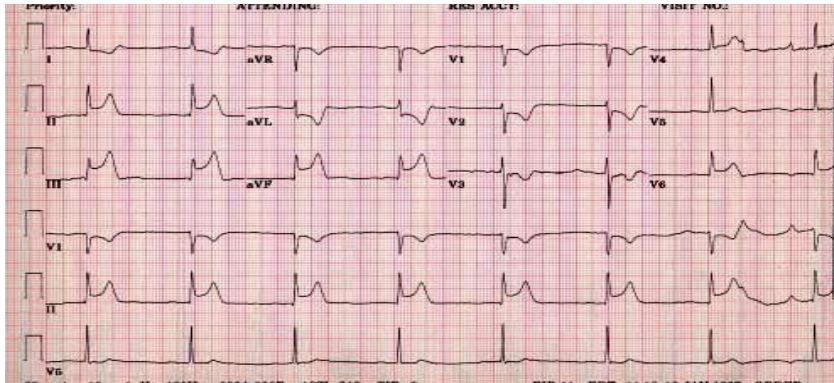
**2. Практическая работа.**

Амбулаторный приём. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, ЭКГ, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторных карт, направлений на исследования).

**3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач
  - Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Расшифруйте ЭКГ;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента.
  - Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
<p>Больной Т., шахтер, 46 лет, вызвал участкового терапевта на дом с жалобами на тупые, давящие боли за грудиной, удушье, кашель с выделением пенистой розовой мокроты, чувство беспокойства, выраженную слабость. Из анамнеза заболевания: болен в течение 5 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке (ходьбе на расстояние более 200 м, подъеме на 2 этаж). К врачу не обращался, боли купировал приемом 1 таб. нитроглицерина. В течение последнего года отмечает быструю утомляемость, общую слабость, учащение приступов загрудинных болей, появление одышки при ходьбе. Ночью 27.02.18 около 2 часов почувствовал сильные сжимающие боли за грудиной и в области сердца. Эффекта от нитроглицерина не было. Утром 27.02.18. в 9-30 появились одышка в покое, кашель с пенистой мокротой, резкая слабость. Из анамнеза жизни: отец страдал стенокардией, у матери гипертоническая болезнь. Алкоголем не злоупотребляет. Курит в течение, 20 лет (1 пачка в день). Работа связана со стрессами. Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Возбужден. Положение ортопное. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Цианоз губ. Набухшие шейные вены. Дыхание клокочущее, на расстоянии слышны влажные хрипы. ЧДД - 28 в 1 мин. В легких - дыхание жесткое, над всей поверхностью выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Границы относительной тупости сердца - правая по правому краю грудины, верхняя - 3 ребро, левая - 5 м/р на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Пульс 92 в 1 мин, аритмичный, симметричный, слабого наполнения и напряжения. За минуту выслушивается, 5 перебоев. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез адекватный.</p> <p>Результаты дополнительных методов исследования: ОАК: эр - 4,5 x10<sup>12</sup>/л, НЬ - 146 г/л, тром - 240 x10<sup>9</sup>/л, лейкоц - 12,3 x10<sup>9</sup>/л, нейт - 61%, с/я - 52%, п/я-8%, миелоц - 1%, СОЭ - 4мм/час. БАК: МБ КФК - 50 Ед/л (N - до 2,4), ЛДГ 1 - 196 Ед /л (N до 182), Аст - 57 Ед/л, Тропонин (+), креатинин - 101 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л. Электролиты: К<sup>+</sup> - 4,3 ммоль/л, Са<sup>++</sup> - 1,15 ммоль/л, Na<sup>+</sup> - 143 ммоль/л, С1 -102,4 ммоль/л. Коагулограмма: фибриноген - 3,2 г/л, протромбиновый индекс - 101%, АПТВ - 31 с, этаноловый тест - отр., фибрин акт. - 7 мин, антиромбин III - 98%. R-ген гр.клетки - неравномерное понижение прозрачности легочных полей в виде очаговых теней различных размеров. Корни легких расширены. ЭКГ прилагается</p>	
	
<p><b>Выделите синдромы. По каким параметрам необходимо провести анализ ОКС Укажите критерии диагностики ОКС</b></p>	
<p>Ведущие синдромы- ОКС, нарушения ритма сердца, острой сердечной недостаточности. Анализ ОКС проводится с учетом характера боли, интенсивности, локализации, иррадиации, провоцирующему фактору, продолжительности, купирующему фактору, сопутствующим симптомам. Критерии диагностики ОКС-анамнестические и клинические данные, результаты стандартной ЭКГ, динамика кардиомаркеров ( срочный анализ крови)</p>	
<p><b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)</p>	
<p><b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОКС.(50-75%)</p>	
<p><b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%</p>	
<p><b>Интерпретируйте данные ЭКГ. Укажите ведущие и реципроктные отведения острого ишемического повреждения миокарда.</b></p>	
<p>Инфаркт миокарда задне-диафрагмальной стенки ЛЖ с подъемом сегмента ST. Ведущие отведения второе и третье стандартные и отведение AVF. Реципроктные отведения I стандартное, AVL, V2-V.</p>	
<p><b>2 балла</b> Ответ правильный Интерпретация в полном объеме</p>	
<p><b>1 балл</b> Ответ правильный, однако интерпретация затруднена.</p>	
<p><b>0 баллов</b> Ответ неправильный</p>	
<p><b>1. Предварительный диагноз.</b></p>	

ИБС: ИМ с Q задне-диафрагмальной стенки ЛЖ от 27.02.18, острая левожелудочковая сердечная недостаточность, Killip III (отек легких, ДН 2)
<b>2 балла</b> –диагноз поставлен правильно . Сформулирован с учетом современных требований
<b>1 балл</b> диагноз поставлен правильно, но не уточнены осложнения, не полностью освещена функциональная часть диагноза
<b>0 баллов</b> диагноз поставлен неправильно
Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызов бригады скорой неотложной медицинской помощи для последующей госпитализации пациента в региональный сосудистый центр.</li> <li>• Кислород, обеспечение в/в доступа.</li> <li>• Опрос, оценка жизненно важных функций (АД, ЧСС, ЧД), регистрация ЭКГ, определение уровня тропонина с помощью тест-систем, обеспечение двигательного покоя.</li> <li>• Устранить болевой синдром. Нитраты и/или наркотические анальгетики(морфин).</li> </ul> <p>Обезболивание, уменьшение страха, возбуждения, снижение симпатической активности, увеличение тонуса блуждающего нерва, уменьшение работу дыхания, расширение периферических артерий и вен (последнее особенно важно при отеке легких). Первоначально следует ввести морфина в/в медленно 2-4 мг. При необходимости введение повторяют каждые 5-15 мин по 2-4 мг до купирования боли или возникновения побочных эффектов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Разжевать таблетку, содержащую 250 мг АСК.</li> <li>• Принять per os 300 мг клопидогрела ( 75 мг - в возрасте старше 75 лет) .</li> <li>• Гепарин в/в болюсом 60 МЕ/кг препарата (но не более 4000 МЕ).</li> <li>• Начать в/в инфузию нитроглицерина, в первую очередь больным с сохраняющимся ангинозным синдромом, АГ, острой СН. А также инфузию фуросемид 80-100 мг в/в под контролем АД.</li> <li>• Уменьшению болевого синдрома способствуют: быстрое восстановление проходимости КА, устранение гипоксемии, использование бета-блокаторов и ИАПФ.</li> </ul> <p>Лечение бета-блокаторами (учитывать противопоказания).</p>
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОКС.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Дальнейшая тактика ведения пациента после проведения неотложных мероприятий.При равной возможности медикаментозной и механической реваскуляризации микарда какой метод восстановления коронарного кровотока в данном случае предпочтителен. Есть ли показания для тромболитической терапии</b>
<p>Тактика зависит от времени дпоступления пациента в сосудистый центр. В связи с большей вероятностью восстановления коронарного кровотока и меньшим риском геморрагических осложнений ЧКВ является предпочтительной тактикой в первые часы поступления больного в сосудистый центр. В наибольшей степени преимущества первичного ЧКВ проявляются в случаях осложненного течения ИМ, а также при поздней госпитализации больных-более чем через три часа от начала заболевания. Оценивая возможность проведения ТЛТ необходимо определить показания и противопоказания к применению этого метода лечения. В данном случае имеются показания для тромболитической терапии - Время от начала ангинозного приступа не превышающее 12 часов (при клинической картине сохраняющейся ишемии или жизнеопасных осложнениях ТЛТ может проводиться в срок и до 24 часов).. На ЭКГ отмечается:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подъем сегмента ST &gt;0,1 mV, как минимум в 2-х последовательных грудных отведениях или в2-х отведениях от конечностей,</li> <li>• Появляется блокада ЛНПГ.</li> <li>• ЭКГ признаки истинного заднего ИМ (высокие зубцы R в правых прекардиальных отведениях и депрессия сегмента ST в отведениях V1-V4, с направленным вверх зубцом T).</li> </ul>
<b>Укажите, какие этапы и аспекты реабилитации должен пройти данный пациент, перенесший инфаркт миокарда .</b>
<b>Три этапа реабилитации –стационарный, санаторный, поликлинический. Аспекты реабилитации-медицинский, физический, психологический, профессиональный.</b>
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОКС.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
Какие препараты относятся к лекарственным препаратам, имеющим I класс показаний для применения в остром , подостром и постинфарктом периоде.
К ним отнесены двойная антиагрегантная терапия, В-адреноблокаторы, статины , ИАПФ( при их непереносимости-блокаторы рецепторов ангиотензина 11)и АМКР( антагонисты минералокортикоидных рецепторов)
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров (50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Определите значимость процесса реабилитации коронарного больного. Какие цели преследует физический аспект реабилитации. На каком этапе он реализуется</b>

<p>Реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда является вторым по важности (после тромболиза) мероприятием, снижающим коронарную смертность и дающая значительный экономический эффект.</p> <p>Цель физической реабилитации - повышение физической работоспособности, увеличение толерантности к физическим нагрузкам; улучшение качества жизни больного; снижение ФК заболеваний, уменьшение выраженности, симптомов СН и замедление прогрессирования дисфункции ЛЖ, уменьшение риска развития, угрожающих жизни аритмий за счет повышения активности парасимпатической нервной системы и снижение активности симпатической нервной системы; восстановление трудоспособности населения; снижение частоты госпитализации и временной нетрудоспособности; возможность снижения доз медикаментозных препаратов . Реализуется на всех этапах реабилитационного процесса.</p>
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОКС.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Укажите противопоказания для направления больных на санаторный этап реабилитации и имеются ли данные противопоказания у данного пациента</b>
<p>Противопоказаниями для направления больных на долечивание в санаторий являются: сердечная недостаточность выше II А стадии; стенокардия III-IV функциональных классов (далее – ФК); тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости (пароксизмы мерцания и трепетания предсердий, возникающие дважды и чаще в месяц, пароксизмальная тахикардия с частотой приступов более 2 раз в месяц, политопная и групповая экстрасистолия, атрио-вентрикулярная блокада II-III степени, полная блокада сердца); незаконченное рецидивирующее течение инфаркта миокарда; артериальная гипертензия с нарушением азотовыделительной функции почек; симптоматическая гипертензия с нарушением азотовыделительной функции почек; кризовое течение гипертонической болезни; хроническая аневризма сердца с явлениями недостаточности кровообращения выше I стадии; аневризма аорты с недостаточностью кровообращения выше I стадии; рецидивирующие тромбоэмболические осложнения; нарушение мозгового кровообращения в острой или подострой стадии; сахарный диабет декомпенсированный и тяжелого течения; общие противопоказания, исключающие направление больных в санатории (острые инфекционные и венерические заболевания, психические заболевания, болезни крови в острой стадии, злокачественные новообразования, острая почечная или печеночная недостаточность сопутствующие заболевания в стадии обострения или декомпенсации, или требующие хирургической помощи). Противопоказаний у пациента нет.</p>
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОКС.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Укажите задачи поликлинического этапа реабилитации</b>
диспансерное наблюдение профилактическое лечение рациональное трудоустройство.
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОКС.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Укажите алгоритм диспансерного наблюдения данного пациента</b>
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (диспансерная группа IIIа) , кратности наблюдения(3-4 раза в год) , необходимый минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения.
<b>2 балла.</b> Указаны все 6 позиций
<b>1 балл.</b> Указаны 3 позиции
<b>0 баллов.</b> Тактика диспансерного ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
<b>Определите прогноз и критерии наличия стойкой утраты трудоспособности? Нуждается ли он в направлении на МСЭ</b>
Медицинский прогноз благоприятный. Однако имеются неблагоприятные социальные критерии утраты трудоспособности. Пациент по профессии шахтер, то есть тяжелый физический труд. Нуждается в направлении на МСЭК
<b>2 балла.</b> Ответ дан в полном объеме по всем критериям
<b>1 балл.</b> Ответ дан частично. Не учтены социальные критерии, профессиональный маршрут пациента.
<b>0 баллов.</b> Ответ неправильный и не учитывает ни один из приведенных критериев

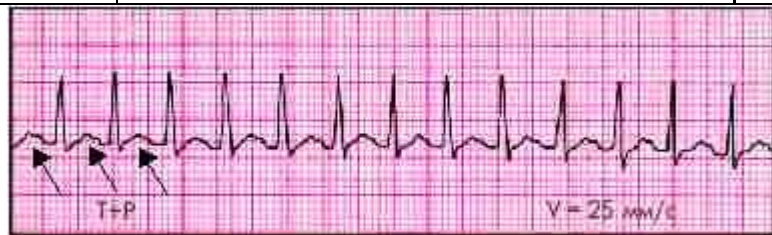
3)Задачи для самостоятельного разбора на занятии

<p>Задача № 1</p> <p><b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b></p> <p>Б-ой М., 39 лет, машинист по профессии, обратился на прием к врачу поликлиники. Жаловался на выраженную слабость, приступы головокружения, потливость, давящие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при физических нагрузках), не купируются нитроглицерином, проходят после приема валидола, одышку при высоких физических нагрузках, приступы ритмичных сердцебиений, внезапно начинающихся и заканчивающихся, длящихся до 1 часа, сопровождающихся слабостью и головокружением, давящими болями за грудиной, возникают 1-2 раза в месяц, ни с чем не связаны.</p> <p><b>Из анамнеза заболевания:</b> больным себя считает в течение 2 лет. Заболевание началось со слабости и потливости, к которым через 1 год присоединились давящие боли за грудиной и одышка при тяжелых физических нагрузках и головокружения. Последние 3 месяца стали беспокоить приступы сердцебиений с частотой 1-2 р/мес.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> без особенностей.</p> <p><b>Объективно:</b> состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 90, ритмичный. АД 120/90 мм.рт.ст. Систолическое дрожание передней грудной стенки по левому краю грудины. Сильный приподнимающий верхушечный толчок в 5 м/р на 1 см кнутри от левой СКЛ. Границы сердца: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя – 3 м/р, левая – на 1 см кнутри от левой СКЛ в 5 м/р. Тоны сердца ясные, ритм правильный, в 3-4 м/р слева от грудины – систолический шум (при пробе Вальсальвы шум усиливается). Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.</p> <p><b>Обследование:</b></p>
--

**БХАК:** ТГ – 2,5 ммоль/л, общий холестерин – 8,5 ммоль/л, ЛПНП – 5,2 ммоль/л.  
**ЭхоКС:** аорта в восходящем отделе умеренно уплотнена. Створки АК и МК не изменены. Умеренно выраженное передне-систолическое движение, в диастолу – касание передней створки МК о МЖП. ЛП – 50, ЛЖ – 44, МЖП – 18 мм, ЗСЛЖ – 11мм, ММЛЖ – 300г, ФВлж – 65%. На митральном клапане регургит. (++) . На аорте систолический кровоток турбулентный с градиентом 50 мм.рт.ст. На трикусп. Клап. регург. (+). Пики Е/А – 0,6, ВИВРЛЖ – 112, СДЛА – 40 мм.рт.ст.

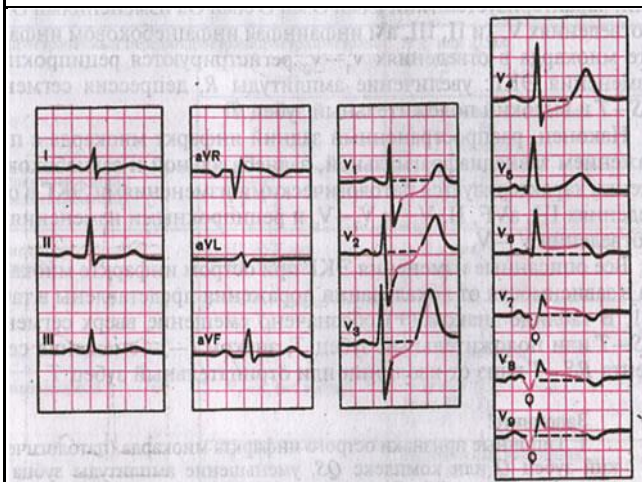
**Пример ЭКГ**

Снято во время приступа сердцебиения.



**Задача № 2**

Интерпретировать данные ЭКГ у пациента А, 56 лет с ОКС:



**4. Задания для групповой работы**

Деловая ролевая игра. При вызове на дом к пациенту 3.,56 лет врач-терапевт участковый заподозрил развитие ОКС.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Вопросы по теме:**

- 1) алгоритм ведения пациента с признаками острого коронарного синдрома, ИМ врачом-терапевтом участковым,
- 2) правила формулировки диагноза;
- 3) группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- 4) характеристика и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении острого коронарного синдрома, ИМ, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- 5) показания к госпитализации;
- 6) алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- 7) правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
- 8) принципы и методы осуществления реабилитации и профилактики острого коронарного синдрома, ИМ врачом-терапевтом участковым.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания**

1. Выберите один правильный ответ.

У больного 52 лет с острым передним инфарктом миокарда возник приступ удушья. При осмотре: диффузный цианоз, в легких большое количество влажных разнокалиберных хрипов. ЧСС – 100 уд/мин. АД – 120/100 мм рт. ст. Какое осложнение наиболее вероятно:

- а) кардиогенный шок
- б) тромбоэмболия легочной артерии

- в) отек легких\*
- г) разрыв межжелудочковой перегородки

2. Выберите один правильный ответ.

У больного с острым инфарктом миокарда (1-е сутки) развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. На ЭКГ: зубец Р не определяется, QRS уширен (>0,12 с) и деформирован, число желудочковых сокращений – 150 в мин. Предполагаемый диагноз:

- а) пароксизм мерцания предсердий
- б) желудочковая пароксизмальная тахикардия\*
- в) трепетание предсердий
- г) наджелудочковая пароксизмальная тахикардия.

3. Выберите один правильный ответ.

Самая частая причина смерти при ОИМ:

- а) кардиогенный шок
- б) левожелудочковая недостаточность
- в) нарушение ритма \*
- г) полная антривентрикулярная блокада

4. Выберите один правильный ответ.

Показанием для назначения сердечных гликозидов при остром ИМ является:

- а) синусовая тахикардия более 100
- б) узловой ритм
- в) застойная сердечная недостаточность в сочетании с тахикардией \*
- г) синусовая брадикардия

5. Выберите один правильный ответ.

Купирование ангинозного приступа в условиях поликлиники включает применение:

- а) нитроглицерина сублингвально\*
- б) нитратов внутривенно капельно
- в) наркотических анальгетиков
- г) спазмолитиков

6. Выберите один правильный ответ.

При впервые возникшей стенокардии тактика врача терапевта участкового включает:

- а) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, аспирин, госпитализацию \*
- б) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома и амбулаторное лечение
- в) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, плановая госпитализация
- г) снятие ЭКГ, купирование болевого синдрома, амбулаторное обследование

7. Выберите один правильный ответ.

Дифференциальная диагностика при наличии подъема сегмента ST на ЭКГ проводится между инфарктом миокарда и следующей патологией:

- а) перикардит \*
- б) пневмония
- в) эзофагит
- г) миокардит

- 4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине:  
Заполнить учебное направление на МСЭ пациенту, перенесшему ОКС.

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

##### Дополнительная литература

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
  2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
  3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
  4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
  5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
  6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
  7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
  8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
  9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014
10. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  11. Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.
  12. Клинические рекомендации Кардиоваскулярная профилактика, 2017 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

### **Тема 5.13: Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза. Поликлинический этап.**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по дифференциальной диагностике коронарогенных и некоронарогенных болей в грудной

клетке в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам с коронарогенными и некоронарогенными болями в груди.
2. Рассмотреть методы диагностики и тактику ведения пациентов с коронарогенными и некоронарогенными болями в груди (миокардит, сухой перикардит, плеврит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, кардиоспазм, язвы желудка и 12-перстной кишки, остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, плече-лопаточный периартрит, поражение реберных хрящей (синдром Титце), ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты) в амбулаторных условиях.
3. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому пациентам с коронарогенными и некоронарогенными болями в груди, проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
- особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
- должностные обязанности врача-терапевта участкового.
- задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
- основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
- диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
- нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм дифференциальной диагностики коронарогенных и некоронарогенных болей в груди в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациентов с заболеваниями, сопровождающимися коронарогенными и некоронарогенными болями в груди (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациентов с заболеваниями, сопровождающимися коронарогенными и некоронарогенными болями в груди, в амбулаторных условиях.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиническая классификация, клиническая картина, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики заболеваний, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями в груди.
2. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики коронарогенных и некоронарогенных болей в груди в условиях работы врача-терапевта участкового;
3. алгоритм ведения пациентов с заболеваниями, сопровождающимися коронарогенными и некоронарогенными болями в груди, врачом-терапевтом участковым
4. Правила формулировки диагноза;
5. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
6. Характеристика и показания/противопоказания к лечению заболеваний, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями в груди, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях.

**2. Практическая работа.**

Амбулаторный приём совместно с врачом – терапевтом участковым. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, ЭКГ, ЭХО-кардиоскопий, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторных карт, направлений на исследования) под контролем преподавателя.

**Решение тестовых заданий.**

1. Выберите один правильный ответ.  
Ведущий критерий диагностики гипертонического криза II типа:  
а) уровень АД, тахикардия  
б) длительность заболевания  
в) очаговая неврологическая симптоматика \*  
г) экстрасистолия, уровень АД

2. Выберите один правильный ответ.

К эхокардиографическим признакам тромбоза легочной артерии относится:

- а) дилатация аорты в восходящем отделе
- б) дилатация левых камер сердца и митральная регургитация
- в) дилатация правых камер сердца и трикуспидальная регургитация \*
- г) дилатация левого и правого предсердий

3. Выберите один правильный ответ.

Наиболее частым источником тромбоза легочной артерии является:

- а) вены нижних конечностей\*
- б) вены таза
- в) правые отделы сердца
- г) вены верхних конечностей

4. Выберите один правильный ответ.

Антикоагулянты при ТЭЛА назначаются:

- а) только пероральный режим в течение 12 месяцев
- б) только парентеральный режим на этапе стационара
- в) парентерально с последующим переходом на пероральный режим длительно\*
- г) парентерально с последующим переходом на пероральный режим 14 дней

5. Выберите один правильный ответ.

Самым частым клиническим проявлением ТЭЛА является:

- а) кровохарканье
- б) боль в груди
- в) одышка \*
- г) сердцебиение

6. Выберите один правильный ответ.

Выберите правильную последовательность действий врача-терапевта участкового на вызове на дому при подозрении на неотложное состояние ТЭЛА:

- а) оценка жалоб- наличие одышки (внезапно или постепенно), кровохарканья, отеков ног. Анамнез: недавние операции, травмы, прием пероральных контрацептивов, беременность, наблюдение у онколога. Объективный осмотр с записью в медицинской документации. Вызов реанимационной бригады СМП. Помочь больному свободно дышать, придать правильное положение, полная иммобилизация. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания - СЛР \*
- б) оценка жалоб- наличие одышки, кровохарканья, отеков ног. Анамнез: недавние операции, травмы, прием пероральных контрацептивов, беременность, наблюдение у онколога. Объективный осмотр с записью в медицинской документации. Вызов реанимационной бригады СМП. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания - СЛР
- в) оценка жалоб- наличие одышки (внезапно или постепенно), кровохарканья, отеков ног. Срочный вызов реанимационной бригады СМП. Полная иммобилизация больного. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания - СЛР
- г) объективный осмотр с записью в медицинской документации и оценкой жалоб. Вызов реанимационной бригады СМП. Помочь больному свободно дышать, придать правильное положение, полная иммобилизация. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания - СЛР

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Определите факторы риска;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Мужчина, 59 лет, слесарь, обратился к участковому терапевту с жалобами на острые загрудинные боли с иррадиацией в нижнюю челюсть и левое запястье, которые возникли после физической нагрузки (скидывал снег с крыши). Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болей 1,5 часа.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента периодически повышается артериальное давление до 180/90 мм рт. ст. Препараты не принимает, у врача наблюдается нерегулярно. Курит 25 сигарет в сутки в течение последних 30 лет. Впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки, проходящих в покое, около месяца назад. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 77 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инсульт, отец – умер в 58 лет от инфаркта миокарда.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 178 см, вес – 96 кг. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. Граница сердца смещена влево на +2 см по левой СКЛ. АД – 160/90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отеков нет.</p> <p>Результаты обследования: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 3,2 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 54,5 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> также регистрировалась полгода назад), альбуминурия – 40 мг/л.</p> <p>На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.</p>
<b>Предварительный диагноз.</b>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС: острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST передней стенки, перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка, KILLIP I.</li> <li>• Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень, риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка.</li> <li>• ХБПС3аА1.</li> <li>• Абдоминальное ожирение 1 ст. Дислипидемия.</li> </ul>	
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.	
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены степень АГ, стадии ГБ и ХБП. Неверно определена область поражения миокарда по данным ЭКГ).	
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.	
<b>Обоснуйте диагноз.</b>	
<p>Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли в грудной клетке, иррадирующей в типичные места) и инструментальных данных (стойкий подъемы сегмента ST на ЭКГ). Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в легких.</p> <p>В течение 10 лет страдает повышением артериального давления (до 180/110 – 3 степень АГ). 3 стадия, т.к. у больного диагностировано клинически-значимое состояние (ИБС с ОКС). Гипертрофия миокарда левого желудочка по данным осмотра (смещение сердечной тупости влево). Риск 4 (очень высокий), т.к. у пациента имеется ИБС, ХБП 3а.</p> <p>Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев.</p> <p>Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела (ИМТ=30,3 кг/м<sup>2</sup>).</p>	
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.	
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью.	
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.	
<b>Определите и обоснуйте тактику ведения пациента.</b>	
<p>Экстренная госпитализация в профильное лечебное учреждение с возможностью проведения ЧКВ (предпочтительно), поскольку с момента начала болей прошло менее 2 часов, на догоспитальном этапе постельный режим, покой, разжевать 250-500 мг аспирина без оболочки, клопидогрел нагрузочная доза 75 мг 4 таблетки, инфузия гепарина (антиагрегантная терапия, предупреждение дальнейшего роста тромба), нитроглицерин 0,4 мг под язык или спрей (расслабление спазма коронарных артерий, снижение преднагрузки сердца за счет расширения сосудов венозного русла), БАБ, ИАПФ, статины.</p>	
<b>2 балла:</b> Тактика определена и обоснована полностью верно.	
<b>1 балл:</b> Тактика определена или обоснована не полностью: Не названы один или два метода лечения из списка или не обосновано их применение.	
<b>0 баллов:</b> Не названо три и более методов лечения. или Обоснование назначения трех и более методов лечения дано неверно. или Тактика определена полностью неверно.	
<b>Тактика ведения пациента после выписки. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.</b>	
<p>После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом, а при его отсутствии врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС.</p> <p>Принципы лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Питание</li> <li>- Физическая активность под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ</li> <li>- Отказ от курения</li> <li>- Обучение и самоконтроль</li> <li>- Терапия ИБС, АГ</li> </ul> <p>Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесенного инфаркта миокарда; аспирин длительно (75 мг/сут вечером во время ужина), ингибиторы АПФ или БРА (например, валсартан 80мг 1 раз в сутки под контролем АД), бета-адреноблокаторы (например, биспролол в дозе 10 мг 1 раз в сутки под контролем АД и ЧСС, целевое ЧСС &lt; 60 уд/мин), статины (например, розувастатин (особенно с учетом наличия ХБП) 40 мг 1 раз в сутки в течение 5 мес, затем 20 мг длительно под контролем липидного спектра, АЛТ, АСТ и КФК, целевые уровни холестерина при очень высоком риске &lt; 4,0 ммоль/л, ТГ &lt; 1,7 ммоль/л, ЛПНП &lt; 1,5 ммоль/л) – постоянно. Нитраты короткодействующие по требованию.</p>	
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован	
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.	
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный	
<b>Диспансерное наблюдение пациента с ИБС, ПИКС и ХБП.</b>	
<b>Показатель</b>	<b>Частота обследования</b>
Общий анализ крови	1 раз в год
Общий анализ мочи	2 раза в год
Микроальбуминурия	2 раза в год
Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, калий, натрий,	Не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений)

расчет СКФ)	
Контроль АД	При каждом посещении врача. Самоконтроль 2-3 раза в неделю при стабильном состоянии
ЭКГ	1 раз в год
ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 факторов риска)	По показаниям (изменение ФК стенокардии)
ЭХО-КГ	1 раз в год первые 2 года, в дальнейшем по показаниям
Ультразвуковое исследование сонных артерий для выявления внекардиального атеросклероза	При взятии на ДН, затем по показаниям
Консультация кардиолога	1 раз в год
Рентгенография грудной клетки	1 раз в год
Необходимо объяснить пациенту и/или обеспечить его памяткой по алгоритму неотложных действий при жизнеугрожающем состоянии, вероятность развития которого у пациента наиболее высокая. При изменении функционального класса стенокардии (нестабильная стенокардия), присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска вопрос о частоте обследований решается индивидуально.	
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно	
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.	
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно	

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких. При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии

#### Задача 2

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащенного неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзилэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отёков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жесткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л). На ЭКГ – фибрилляция предсердий.

#### Задача 3

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ: QS в отведениях V1-V3, выраженная горизонтальная элевация ST и высокий островершинный T в отведениях V1-V6. Реципрокная депрессия ST и отрицательный T в отведениях III, aVF.

#### 4. Задания для групповой работы

Ролевая игра: на приёме пациент с болью в грудной клетке

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### Вопросы по теме:

1. Этиология и патогенез заболеваний, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями.
2. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями.
3. Основные синдромы при заболеваниях, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями.
4. Дифференцированный подход к лечению пациентов с заболеваниями, сопровождающимися коронарогенными и некоронарогенными болями.
5. Методика диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов с заболеваниями, сопровождающимися коронарогенными и некоронарогенными болями.
6. Экспертиза утраты трудоспособности при заболеваниях, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями.
7. Профилактика заболеваний, сопровождающихся коронарогенными и некоронарогенными болями.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

#### **Тестовые задания:**

1. Выберите один правильный ответ. Причины развития миокардита при инфекционном заболевании:
  - а) поражение миокарда возбудителем инфекции
  - б) воздействие токсинов
  - в) возникновение иммунопатологических реакций
  - г) поражение нервных волокон
- 1) верно а и в; 2) верно а, б и г; 3) верно все перечисленное; 4) верно а, б, в.

2. Выберите один правильный ответ. Какие признаки отличают миокардиодистрофию от других заболеваний сердца?

- 1) наличие воспалительного процесса в миокарде
- 2) сочетание нарушений метаболических процессов и воспаления в миокарде
- 3) патологические изменения метаболизма миокардиоцитов
- 4) нарушений коронарной гемодинамики

3. Выберите один правильный ответ. При подозрении на острый коронарный синдром врач должен:

- 1) оказать первую помощь и госпитализировать больного
- 2) детально обследовать больного и принять вопрос о госпитализации
- 3) вести больного в амбулаторных условиях
- 4) направить больного в стационар дневного пребывания

4. Выберите один правильный ответ. Наиболее достоверный метод для выявления ИБС в сомнительных случаях

- 1) ЭКГ
- 2) нагрузочный тест
- 3) ФКГ
- 4) эхокардиография

5. Выберите один правильный ответ. Тест «Верно-неверно». Выберите абсолютно верный ответ.

Что относится к понятию «острый коронарный синдром»:

- 1) ИМ с подъемом сегмента ST
- 2) ИМ без подъема сегмента ST
- 3) нестабильная стенокардия
- 4) все перечисленное

6. Выберите один правильный ответ. Наиболее информативным методом среди нижеперечисленных при проведении дифференциальной диагностики между ишемической болезнью сердца и миокардиодистрофией является:

- 1) ЭКГ
- 2) лекарственные ЭКГ-пробы
- 3) биопсия миокарда
- 4) велоэргометрия

7. Выберите один правильный ответ. Лечение сердечной недостаточности при дилатационной кардиомиопатии включает в себя:

- 1) антагонисты кальция
- 2) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- 3) ингибиторы карбоангидразы
- 4) ингибиторы фосфодиэстеразы

8. Выберите один правильный ответ. Препаратами выбора для лечения гипертрофической кардиомиопатии являются:

- 1) нитраты
- 2) антагонисты кальция группы дигидропиридина
- 3) бета-адреноблокаторы
- 4) антикоагулянты

Ответы к тестовым заданиям: 1- 4; 2- 3; 3- 1; 4- 2; 5- 4; 6- 4; 7- 2; 8- 3.

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

#### Задача №1.

Больная Н. 36 лет поступила в стационар с жалобами на боли в области сердца ноющего характера, усиливающиеся при кашле, чихании, дыхании; на повышение температуры тела до 37,3<sup>0</sup>С, потливость.

При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски. ЧД 18 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. Нижние границы легких - в пределах нормы. Дыхание жесткое, везикулярное, хрипов нет. При осмотре в области сердца патологических выпячиваний нет. На уровне 5-го межреберья определяется верхушечный толчок. АД-110/70 мм рт.ст. Перкуторно: правая граница относительной тупости сердца по правому краю грудины, верхняя – на 3 ребре, левая - на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии. Аускультативно: в зоне абсолютной тупости сердца выслушивается шум трения перикарда скребущего характера (напоминает хруст снега), усиливающийся при надавливании стетоскопом. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Отеков нет.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: без патологии. Биохимический анализ крови: билирубин (общий) - 13 мкмоль/л, серомукоиды - 18 ЕД., АСТ – 22,7 ед/л, АЛТ - 23,9 ед/л, холестерин - 3,21 ммоль/л, креатинин - 95 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий белок - 80 г/л, СРБ ++.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачная, уд.вес-1016, микроскопия: лейкоциты - 1-0-1, оксалаты ++.

Электрокардиограмма: отмечается подъем сегмента ST во всех грудных и стандартных отведениях с переходом в высокий положительный зубец Т.

1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

#### Задача №2.

Мужчина 70 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на учащенное сердцебиение, чувство перебоев в работе сердца, головокружение при ходьбе, слабость, одышку при ходьбе до 150 м по ровной местности. Ухудшение самочувствия отмечает в течение суток.

В анамнезе: инфаркт миокарда 8 лет назад, по поводу чего лечился в отделении кардиологии (документов нет). Более 20 лет отмечает высокие цифры АД (в пределах 160-180/90-100 мм рт.ст.). Гипотензивную терапию получает ситуационно (капотен). Курит более 30 лет по 25 сигарет в день. Семейный анамнез: мать умерла в 75 лет, имела АГ, ИБС; отец умер в 80 лет из-за инсульта.

Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, жесткое, проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС – 110-120 в минуту. Пульс аритмичный слабого наполнения, 80-82 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД – 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание в норме. Пастозность стоп, голеней.

1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

##### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.

3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
  4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
  5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
  6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
  7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
  8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
  9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014
10. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  11. Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.
  12. Клинические рекомендации Кардиоваскулярная профилактика, 2017 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
 Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
 Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
 Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
 Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
 Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
 Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
 Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
 Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
 Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
 Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
 Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

**Тема 5.14.: Аритмии. Тактика врача поликлиники при выявлении больного с аритмическим синдромом.**

**Цель:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с нарушениями ритма сердца.

**Задачи:**

1. **рассмотреть** - понятие аритмии, распространенность, этиологию и патогенез, классификацию нарушений сердечного ритма и проводимости, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, общие и частные рекомендации по ведению больных с нарушениями сердечного ритма в амбулаторных условиях
2. **Обучить** - методике обнаружения и идентификации нарушений ритма на амбулаторном приеме, определению показаний для госпитализации больных с аритмическим синдромом. Алгоритму необходимого обследования в поликлинике для при выявлении аритмии. Принципам лечения больных с аритмическим синдромом в амбулаторных условиях.
3. **Изучить** - возможности обнаружения и идентификации нарушений ритма на амбулаторном приеме, методику оказания квалифицированной медицинской помощи больным аритмическим синдромом на приеме в поликлинике, и на дому; изучить показания для длительного мониторирования ЭКГ и других исследований, которые должен выполнять врач первичного звена; наиболее частые причины нарушений ритма (органические поражения сердца, эндокринные и нейрогенные причины); современные лечения нарушений ритма; показания для госпитализации; отрицательные побочные эффекты антиаритмической терапии; прямые показания к проведению терапии нарушений ритма; лечение больных с различными клиническими формами нарушения ритма
4. Освоить вопросы экспертизы трудоспособности, диспансеризации больных с нарушениями ритма сердца.

**Обучающийся должен знать:**

- этиологию, клинические признаки различных нарушений ритма и проводимости сердца; классификацию желудочковой экстрасистолии по В.Lown и N.Wolff (1971), фибрилляцию предсердий, АВ - блокады; ЭКГ- признаки нарушений ритма и проводимости сердца; методы диагностики и лечения нарушения ритма и проводимости сердца.  
 - понятие аритмии, распространенность, этиологию и патогенез, классификацию нарушений сердечного ритма и проводимости.

**Обучающийся должен уметь:** выявить у больных признаки нарушения ритма и проводимости. Назначить комплекс необходимых клинико-инструментальных исследований для оценки функции сердечно-сосудистой системы. Согласно полученным данным поставить правильный диагноз . Провести экспертизу трудоспособности. Составить оптимальный комплекс лечебных мероприятий для каждого больного с учетом особенностей синдрома, причины, приведшей к его формированию, возраста, трудового и жизненного прогноза. Выписать рецепты на лекарственные препараты, объяснить больному особенности действия препаратов, правила их приема, а также необходимость длительного, постоянного лечения, соблюдения диеты и определенного образа жизни. Составить план диспансерного наблюдения.

**Обучающийся должен владеть:**

1. Сбор и анализ жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента.
2. Анализ и интерпретация результатов лабораторного обследования пациента.
3. Анализ и интерпретация результатов ЭКГ, мониторирования АД и ЭКГ, ЭХО-КС и др. инструментальных исследований.

4. Снятие и анализ ЭКГ.
5. Навыками профессионального врачебного поведения.
6. Ведение медицинской документации.
7. Методикой определения минимума необходимых, для установления диагноза лабораторных и инструментальных исследований при нарушениях сердечного ритма и проводимости в условиях поликлиники.
8. Определением показаний для госпитализации больных с нарушениями сердечного ритма и проводимости.
9. Методикой оформления документов при экспертизе нетрудоспособности у пациентов с аритмическим синдромом.
10. Способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при нарушениях сердечного ритма и проводимости в амбулаторной практике.
11. Методикой проведения диспансеризации при аритмическом синдроме
12. Правилами выписки рецептов при данной патологии.

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

5. Возможности обнаружения и идентификации нарушений ритма на амбулаторном приеме;
6. методика оказания квалифицированной медицинской помощи больным аритмическим синдромом на приеме в поликлинике, и на дому;
7. показания для длительного мониторинга ЭКГ и других исследований, которые должен выполнять врач первичного звена;
8. наиболее частые причины нарушений ритма (органические поражения сердца, эндокринные и нейрогенные причины);
9. современные лечения нарушений ритма и проводимости; показания для госпитализации; отрицательные побочные эффекты антиаритмической терапии; прямые показания к проведению терапии нарушений ритма;
10. лечение больных с различными клиническими формами нарушения ритма; диспансерное наблюдение пациентов с различными клиническими формами нарушениями ритма.

#### **2. Практическая работа.**

Амбулаторный приём совместно с врачом-терапевтом участковым.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм ЭКГ и ЭХО-кардиоскопических исследований, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторных карт, направлений на исследования) под контролем преподавателя.

#### **Решение тестовых заданий.**

1. Выберите один правильный ответ.

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не купирующиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и после приема нитроглицерина.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд/мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}$ , лейкоциты –  $9,2 \times 10^9$ , п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/л, АСТ – 24Е/л, АЛТ – 16Е/л.

ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.

Установите предварительный диагноз и укажите в какой последовательности Вы будете оказывать медицинскую помощь?

- а) ИБС: ОИМ с Q. НРС по типу экстрасистолии. Оказание неотложной помощи- купирование болевого синдрома, антиагреганты, статины, экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда. \*
- б) ИБС: ОИМ без Q. НРС по типу экстрасистолии. Оказание неотложной помощи- купирование болевого синдрома, антиагреганты, статины, экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда.
- в) ИБС: ОИМ с Q. НРС по типу экстрасистолии. Экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда. Дать пациенту 1 дозу нитроглицерина.
- г) ИБС: ОИМ с Q. Оказание неотложной помощи- купирование болевого синдрома, антиагреганты, экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда.

2. Выберите один правильный ответ.

Какое из перечисленных нарушений ритма сердца в подростковом возрасте нуждается в лечении:

- а) миграция водителя ритма
- б) суправентрикулярная экстрасистолия
- в) желудочковая экстрасистолия III, IV классов по LOWN \*
- г) синусовая аритмия

3. Выберите один правильный ответ.

Какое лекарственное средство не является препаратом выбора для лечения аритмии в подростковом возрасте:

- а) малые транквилизаторы
- б) фенибут
- в)  $\beta$ -блокаторы
- г) лидокаин \*

4. Выберите один правильный ответ.

Плановые показания к назначению сердечных гликозидов:

- наджелудочковые тахикардии (кроме синдрома WPW)
- хроническая сердечная недостаточность\*
- пароксизмы мерцательной аритмии
- атриовентрикулярная блокада II – III степени

5. Выберите один правильный ответ.

Укажите состояния, при которых целесообразно амбулаторное длительное применение сердечных гликозидов у больных с хронической сердечной недостаточностью:

- железодефицитная анемия 3 степени
- гипертоническая болезнь II стадии
- хроническое легочное сердце
- фибрилляция предсердий\*

### 3. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента в амбулаторных условиях.

Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности

- Диспансерное наблюдение пациента. Профилактика

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Вызов участкового врача к пациентке С., 65 лет. Повод к вызову: 6.09.слабость, сильное сердцебиение. Пациентка предъявляет жалобы на внезапно возникшее ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца, одышку с затрудненным вдохом. Из анамнеза выяснено, что приступ сердцебиения начался 2 ч назад во время работы на приусадебном участке. Подобные приступы пациентка отмечает уже в течение нескольких лет. Они возникали во время значительных физических нагрузок, были кратковременными и проходили самостоятельно в покое. Наблюдается у кардиолога по поводу ИБС, аритмии в течение 3-х лет. По словам пациентки, при биохимическом исследовании крови неоднократно отмечалось повышенное содержание холестерина и липопротеинов низкой плотности. При объективном обследовании: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания (рост 167 см, вес 92 кг). Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 в мин. Левая граница сердца при перкуссии – по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, акцент 2 тона на верхушке, ЧСС – 114 в мин. Пульс аритмичен, пульсовые волны различной амплитуды, частота пульса – 104 уд./мин, дефицит пульса 10. АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размер по Курлову 9 × 8 × 7 см. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. ЭКГ прилагается



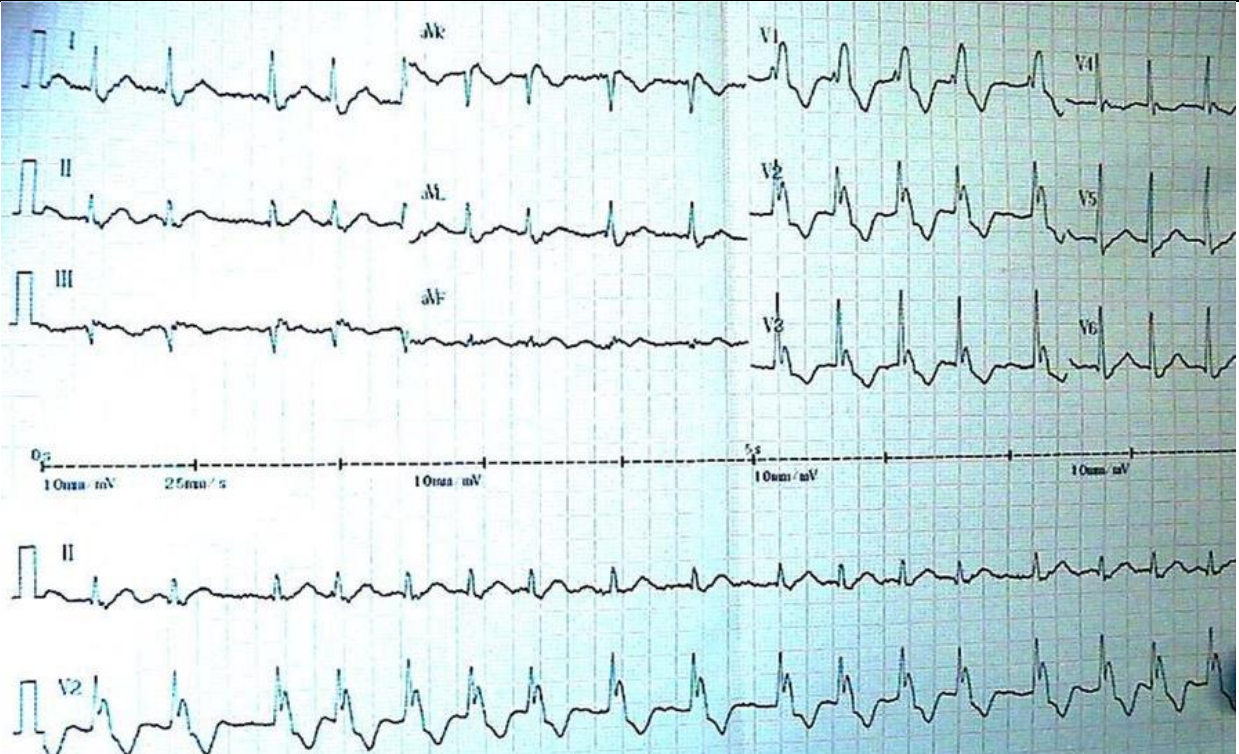
**Выделите синдромы клинических и ЭКГ изменений. Какой синдром является ведущим.**

Синдромы: 1) Синдром нарушения ритма и проводимости (внезапно возникшее ощущение сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца, наблюдается у кардиолога по поводу ИБС, аритмии в течение 3-х лет, тоны сердца аритмичны, пульс аритмичен, пульсовые волны различной амплитуды, частота пульса – 104 уд./мин, ЧСС – 114, дефицит пульса 10, соответствующие изменения ЭКГ:

2) Синдром гиперлипидемии - повышенное содержание холестерина и липопротеинов низкой плотности

3) Синдром артериальной гипертензии – АД 150/100

4) Синдром поражения миокарда по типу расширения границ сердца (левых отделов сердца) – левая граница относительной сердечной тупости по СКЛ в 5-м межреберье слева

5) Синдром избыточной массы тела – ИМТ = 33 (ожирение 2 степени) Ведущий синдром – аритмический
2 балла Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
1 балл Недостаточно проведен анализ параметров ФП.(50-75%)
0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Предварительный диагноз.</b>
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, пароксизмы средней частоты, последний пароксизм от 6.09., ЕНРА Шв. Гипертоническая болезнь Гипертоническая болезнь II ст.?, 1 степени повышения АД, риск 3 (высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. SCORE 3%.
<b>2 балла</b> –диагноз поставлен правильно . Сформулирован с учетом современных требований. В современной классификации ФП выделяют: впервые возникший пароксизм, пароксизмальную, персистирующую и постоянную форму ФП.
<b>1 балл</b> диагноз поставлен правильно, но неуточнены осложнения, не полностью освещена функциональная часть диагноза
<b>0 баллов</b> диагноз поставлен неправильно
Укажите характерные ЭКГ признаки ФП. Какой метод является ведущим при диагностике ФП. Интерпретируйте данные ЭКГ. Определите форму аритмии по частоте ритма для желудочков. Какие виды ФП выделяют по характеру течения и длительности и какой тип имеется в данном случае.

Характерные ЭКГ признаки ФП-отсутствие зубца Р, наличие волн мерцания, неравенство интервалов RR. Основным методом диагностики ФП является ЭКГ. На данной ЭКГ- Ритм несинусный, ЧСС среднее 107, ЭОС отклонена влево, фибрилляция предсердий тахисистолической формы, полная блокада правой ножки пучка Гиса. По характеру течения и длительности аритмии выделяют 5 типов ФП впервые выявленную, пароксизмальную, персистирующую, длительно персистирующую и хроническую. В данном случае имеет место пароксизмальная форма ФП-повторно возникающая, способная самостоятельно прекращаться до истечения 7 суток от момента приступа. К пароксизмальной форме относят ФП купированную с помощью медикаментозной или электрической кардиоверсии в сроки до 48 часов от момента начала аритмии
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ФП.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Тактика врача. Определите факторы риска и процентное отношение риска развития тромбоземболических осложнений и инсульта Как провести контроль частоты сердечных сокращений и ритма сердца при оказании неотложной помощи при ФП</b>
При фибрилляции предсердий с тяжелой симптоматикой и явлениями коронарной недостаточности устранение этих клинических проявлений в значительной степени достигается внутривенным или пероральным применением В-адреноблокаторов (предпочтительно кардиоселективных пролонгированного действия) или негидропиридиновых антагонистов кальция При неэффективности этих мероприятий может возникнуть необходимость в неотложном восстановлении синусового ритма. Терапевтической стратегией лечения является контроль ритма сердца. В этих случаях прекращение ФП может быть достигнуто внутривенным введением антиаритмических препаратов, пропафенона, амиодарона (при продолжительности аритмии до 48 часов). Учитывая большой риск развития инсульта у данной пациентки - три фактора риска –артериальная гипертензия, возраст, женский пол по шкале CHA2DS2VASc, показана антикоагулянтная терапия. Пациентке показана срочная госпитализации в аритмологический центр. Транспортировка на носилках
<b>2 балла</b> Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведено лечение на догоспитальном этапе.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%



<b>Укажите, алгоритм диспансерного наблюдения данного пациента . Какая профилактическая антиаритмическая терапия должна быть проведена больному с ФП Нуждается ли пациентка в профилактике тромбоэмболических осложнений?</b>
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (IIIа диспансерная группа), кратности наблюдения (1-2 раза в год) , необходимый минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения. Профилактическая антиаритмическая терапия у данного пациента должна проводиться путем регулярного длительного применения препаратов I класса (пропафенон и др) и III класса (амиодарон, соталол, дронедазон)-высокий уровень доказательств. Рассмотреть вопрос о хирургической коррекции НРС- катетерная абляция, включающая изоляцию легочных вен, как основного триггерного фактора ФП. Антитромботическая терапия с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, кроме групп низкого риска или при наличии абсолютных противопоказаний.
<b>2 балла</b> Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведено лечение на догоспитальном этапе.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
Показания к хирургическому лечению ФП. Какие виды хирургического лечения при (фибрилляция предсердий) могут быть использованы
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Показания к хирургическому лечению</li> <li>• Частые и тяжелые приступы ФП на фоне приема ААП</li> <li>• Приступы ФП, протекающие крайне тяжело (коллапс, ОСН, ОКН)</li> <li>• Тахисистолическая ФП у больного с искусственным клапаном сердца при неэффективности медикаментозного лечения</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Бради-тахикардия форма CCCУ (пароксизмы ФП на фоне )</li> <li>• Виды лечения Радиочастотная абляция (разрушение) АВС и имплантация двухкамерного ЭКС</li> <li>• Изоляция левого предсердия</li> <li>• Катетерная абляция источников электрической импульсации в устьях легочных вен</li> <li>• Операция «Коридор» и «Лабиринт»</li> <li>• Имплантация предсердного кардиовертера</li> </ul>
<b>2 балла</b> Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведено лечение на догоспитальном этапе.(50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Определите прогноз. Имеются ли критерии стойкой утраты трудоспособности</b>
Медицинский и трудовой прогноз неблагоприятный. Пациент нуждается в направлении на МСЭ
<b>2 балла.</b> Ответ дан в полном объеме по всем критериям
<b>1 балл.</b> Ответ дан частично. Не учтены социальные критерии, профессиональный маршрут пациента.
<b>0 баллов.</b> Ответ неправильный и не учитывает ни один из приведенных критериев.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больная М., 47 лет, предъявляет жалобы на периодические умеренные головные боли в затылочной области, легкие головокружения, приступы ритмичного сердцебиения, внезапно начинающегося и заканчивающегося, сопровождающегося небольшой слабостью, возникают 1 раз в неделю, длятся до 30 минут. Одышка при умеренных физических нагрузках.</p> <p>Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 10 лет, когда впервые было зарегистрировано повышение АД, чувствует себя удовлетворительно при АД 140/90 мм рт.ст., максимальное АД 200/120 мм рт.ст., сопровождается головными болями в затылочной области и головокружением, купируется приемом 1 таб. каптолена (25) под язык. Постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает приступы ритмичных сердцебиений, частота и продолжительность которых нарастают, усиление одышки. Из анамнеза жизни: работает учителем. Мать страдает гипертонической болезнью с 40 лет.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса - 98 кг. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Пульс = ЧСС=78 в мин, АД 170/110 мм рт.ст. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя - в 3 м/р, левая по левой СКЛ в 5 м/р. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, в области верхушки убывающий систолический шум с лучом проведения до передней подмышечной линии. В легких дыхание везикулярное; хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень 10-18-7 см. Отеков нет.</p> <p>Обследование: Б/Х крови: общий холестерин - 6,5 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л <u>О АМ:</u> плотность -1020, белок - нет; лейкоциты - 2-3 в п/зр. ЭКГ: прилагается (выявлена пароксизмальная тахикардия).</p> <p><u>ЭхоКС:</u> аорта несколько уплотнена. АК и МК не изменены. ЛП - 42, ЛЖ - 59, МЖП - 10, ЗСЛЖ - 10, ММЛЖ - 232 г, ИММЛЖ - 179 г/м<sup>2</sup>, ФВлж - 53%, индекс сферичности ЛЖ - 0,65, КДОлж/ММлж - 0,76, КДОлж - 184 мл, ИКДОлж - 102 (N - 85 мл). Правые отделы не расширены. По доплеру: на АК и МК кровоток не изменен, на МК регургитация (++++), Е/А - 0,9, ВИВРЛЖ - 88 мс.</p> <p>Консультация окулиста: на глазном дне вены расширены, извиты, артерии несколько сужены.</p> <p><b>Задание:</b> 1. Какое нарушение ритма выявлено у пациента?  2. Какие дополнительные методы обследования вы назначите?  3. Сформулируйте клинический диагноз.  4. Ваша тактика. Лечение.</p>

5. Нуждается ли в диспансерном наблюдении? Порядок диспансеризации.  
6. Экспертиза нетрудоспособности. Профилактика

#### 4. Задания для групповой работы

Ролевая игра: на приёме пациент с впервые выявленной фибрилляцией предсердий

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы по теме:**

1. Этиология и основные механизмы нарушений ритма сердца (аритмии):
  - а) нарушение образования импульса: изменение нормального автоматизма, аномальный автоматизм, механизм триггерной активности;
  - б) нарушение проводимости: замедление или блокада проведения импульса, повторный вход импульса (re-entry), сверхнормальное проведение импульса.
2. Аритмии в результате нарушения автоматизма. Причины, виды, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики.
3. Аритмии в результате нарушения проводимости. Причины, виды, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики.
4. Комбинированные нарушения сердечного ритма (аритмии в результате нарушений возбудимости и проводимости миокарда):
  - а) экстрасистолия, причины, виды, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики;
  - б) трепетание и фибрилляция предсердий и желудочков. Причины, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики. Понятие о дефибрилляции сердца.
5. Принципы терапии нарушений сердечного ритма

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

#### **Тестовые задания:**

1. Выберите наиболее частые причины нарушений ритма (А) и редкие причины (Б):

- 1) ИБС;
- 2) миокардиты и кардиомиопатии;
- 3) пороки сердца;
- 4) гипертоническое сердце;
- 5) анемии;
- 6) кровоизлияния в центр блуждающего;
- 7) опухоль мозга;
- 8) болезни позвоночника.

Ответ: А - 1, 2, 3, 4. Б - 5, 6, 7, 8.

2. К каждому пронумерованному ЭКГ-признаку подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой:

- |   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1) высокий остроконечный зубец Т                      | А) полная АВ блокада        |
| 2) зубец QS   | В) гиперкалиемия            |
| 3) снижение вольтажа зубцов R                         | С) экссудативный перикардит |
| 4) разобщенность регистрации зубцов P и комплекса QRS | Д) трансмуральный ИМ        |

Ответ: комбинации – 1 - В; 2 - Д; 3 - С; 4 - А.

3. Выберите все правильные ответы.

Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

- а) артериальная гипотензия\*
- б) пульсовое давление более 30 мм рт.ст.
- в) брадикардия;
- г) олигурия \*

4. Выберите все правильные ответы.

Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?

- а) мезатон \*
- б) допамин
- в) преднизолон \*
- г) бикарбонат натрия \*

5. Выберите все правильные ответы.

Фуросемид оказывает следующие эффекты:

- а) обладает венодилатирующим свойством \*
- б) увеличивает диурез \*
- в) увеличивает хлорурез \*
- г) увеличивает натрийурез \*

6. Выберите один правильный ответ.

Классической триадой симптомов ХСН являются:

- а) боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка
- б) чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение
- в) одышка, слабость и отеки ног\*
- г) гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия

7. Выберите один правильный ответ.

Проявления ХСН, соответствующие III ФК по классификации NYHA:

- а) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке
- б) развитие обмороков при обычной физической нагрузке
- в) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке
- г) появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.

5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.

Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014

10. Клинические рекомендации Старческая астенция, 2018 г.
11. Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.
12. Клинические рекомендации Кардиоваскулярная профилактика, 2017 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
 Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
 Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
 Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
 Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
 Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
 Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
 Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
 Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
 Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
 Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
 Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular>

**Тема 5.15: Неотложные состояния в кардиологии: тромбоэмболия легочной артерии, гипертонический криз, кардиогенный шок, острая левожелудочковая сердечная недостаточность, острая сосудистая недостаточность. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях.**

**Цель занятия:** углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с неотложным состоянием в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам с признаками неотложного состояния по профилю «кардиология: тромбоэмболия легочной артерии, гипертонический криз, кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность».
2. Рассмотреть этиологические факторы, определение, классификацию, основные методы диагностики и тактику ведения пациентов с ТЭЛА в амбулаторных условиях.
3. Рассмотреть этиологические факторы, определение, классификацию, основные методы диагностики и тактику ведения пациентов с осложненным и неосложненным гипертоническим кризом в амбулаторных условиях.
4. Рассмотреть этиологические факторы, определение, классификацию кардиогенного шока, основные методы диагностики и тактику ведения пациентов с различными стадиями кардиогенного шока в амбулаторных условиях.
5. Изучить показания к госпитализации при неотложных кардиологических состояниях, методику диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ТЭЛА, гипертонический криз, осложненный ОКС в амбулаторных условиях.
6. Обучить оказанию неотложной специализированной помощи в амбулаторных условиях, на дому при впервые возникших неотложных состояниях и при ухудшении хронической сердечно-сосудистой патологии.
7. Обучить умению формулировать диагноз у больных ТЭЛА, гипертоническим кризом.

Обучить проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину неотложных состояний в кардиологической практике, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ТЭЛА, острой левожелудочковой недостаточности.
- Этиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину гипертонических кризов, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики кризов.
- Принципы диагностики и дифференциальной диагностики неотложных состояний, ТЭЛА. Объем обследования в поликлинике для выявления этих заболеваний.
- Алгоритм ведения пациента с признаками неотложного состояния врачом-терапевтом участковым, правила формулировки диагноза.
- Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения, долговременных последствий и исходов остро возникших неотложных состояниях.

- Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ТЭЛА, гипертонических кризах и кардиогенном шоке, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях.
- Показания к госпитализации, принцип работы кабинета неотложной помощи поликлиники.
- Алгоритм экспертизы стойкой и временной утраты трудоспособности, критерии длительности в зависимости от состояния.
- Правила оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях.
- Принципы и методы осуществления профилактики возникновения неотложных состояний в кардиологической практике врачом-терапевтом участковым.

**Обучающийся должен уметь:**

- Применять алгоритм ведения пациента с признаками ТЭЛА, гипертонического криза, кардиогенного шока в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым.
- Проводить дифференциальный диагноз.
- Выявлять факторы риска.
- Сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его
- Определять показания для госпитализации.
- Составлять план лечения.
- Определять критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.

**Обучающийся должен владеть:**

- Навыками амбулаторного приема пациента с неотложной кардиологической патологией (проведение осмотра больного с ТЭЛА, гипертоническим кризом, кардиогенным шоком, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания).
- Навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения.
- Навыками работы в кабинете неотложной помощи в поликлинических условиях.
- Навыками проведения экспертизы нетрудоспособности.
- Навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС.
- Методами составления индивидуальной программы лечения пациента, перенесшего ТЭЛА, гипертонический криз или кардиогенный шок в амбулаторных условиях.
- Методикой профилактики возникновения неотложной патологии, ухудшения хронической патологии и использования рекомендаций по специфической профилактике долговременных последствий сердечно-сосудистых заболеваний.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Этапы оказания медицинской помощи больным с ТЭЛА.
2. Этапы оказания медицинской помощи больным с гипертоническим кризом.
3. Этапы оказания медицинской помощи больным в состоянии кардиогенного шока.
4. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным с неотложной патологией сердечно-сосудистой системы.
5. Определение, этиология, классификация и клиническая картина ТЭЛА.
6. Определение, этиология, классификация и клиническая картина осложненного и неосложненного гипертонического криза.
7. Определение, этиология, классификация и клиническая картина кардиогенного шока.
8. Возможности обследования в поликлинике для установления неотложного состояния, выявления причин ухудшения состояния пациента, роль современных инвазивных и неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз.
9. Принципы установления диагноза ТЭЛА, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
10. Принципы установления гипертонического криза, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
11. Принципы установления состояния- кардиогенный шок, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.

12. Образ жизни и факторы риска ТЭЛА. Ранние симптомы. План обследования больного в поликлинике.
13. Образ жизни и факторы риска кризового течения гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.
14. Лечение больных ТЭЛА в поликлинике в зависимости от степени окклюзии легочной артерии. Принципы подбора медикаментозной терапии.
15. Лечение больных с гипертоническим кризом в поликлинике в зависимости от типа криза. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
16. Вторичная профилактика при неотложных состояниях в кардиологии.
17. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
18. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.

## 2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (отработка ведения пациента с признаками неотложного состояния: ТЭЛА, гипертонический криз, кардиогенный шок в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым, отработка алгоритма оказания неотложной помощи в условиях кабинета неотложной помощи, работа с пациентами по вторичной и первичной профилактике осложнений ТЭЛА и гипертонической болезни, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

- 1) Освоить манипуляцию «алгоритм действия врача-терапевта участкового на вызове на дому при подозрении на неотложное состояние ТЭЛА» по алгоритму.
- 2) Цель: научиться диагностировать неотложное состояние ТЭЛА в амбулаторных условиях.

### Алгоритм диагностики неотложного состояния на дому.

Выполнение манипуляции:

1. Действия на вызове. Обязательные вопросы:

• Есть ли одышка, если да, то как она возникла (внезапно или постепенно)?

При ТЭЛА одышка возникает остро, ортопноэ нехарактерно.

• Есть ли боль в грудной клетке?

Боль может напоминать стенокардию, локализуясь за грудиной, может усиливаться при дыхании и кашле.

• Не было ли немотивированных обмороков?

ТЭЛА сопровождается или проявляется обмороком примерно в 13% случаев.

• Есть ли кровохарканье?

Появляется при развитии инфаркта легкого.

• Бывают ли отеки ног (в частности, асимметричные)?

Тромбоз глубоких вен голени - частый источник ТЭЛА.

• Не было ли недавно операций, травм, нет ли заболеваний сердца с застойной сердечной недостаточностью, нарушениями ритма,

не принимает ли пациентка пероральные контрацептивы, нет ли беременности, не наблюдается ли у онколога?

Перечисленные факторы предрасполагают к развитию ТЭЛА.

2. Провести объективный осмотр с записью в медицинской документации.

3. Определить показания к госпитализации. Осуществить вызов реанимационной бригады СМП.

3. Помочь больному свободно дышать (расстегнуть одежду, удалить зубные протезы).

- Следите за положением больного: лежа на спине с приподнятым головным концом.

- Не разрешать больному вставать (полная иммобилизация), успокоить больного.

- Не давать больному есть и пить.

- Найти и проверить кратность, давность и соблюдения доз принимаемых препаратов накануне вызова врача, попросить показать их.

- Не оставляйте больного без присмотра до приезда бригады СМП.

4. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-легочную реанимацию.

5. Контроль показателей гемодинамики и сатурации по возможности, поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами).

3) Результаты: запись в рабочей тетради алгоритма манипуляции.

4) Выводы: манипуляция «алгоритм действия врача-терапевта участкового на вызове на дому при подозрении на неотложное состояние ТЭЛА» освоена.

## 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора ситуационных задач.

**Этап 1.** Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.

**Этап 2.** Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

**Этап 3.** Определение основного раздела «Неотложные состояния в кардиологии. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях», теоретический материал из которого будет необходим для решения данной задачи.

**Этап 4.** Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.

**Этап 5.** Определение других разделов «Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с АГ, ИБС, ОКС, амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью», теоретические положения которых также могут быть востребованы при решении данной задачи.

**Этап 6.** Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.

**Этап 7.** Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

## 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная С., 72 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитую головную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту, общую слабость, сухость во рту, слабость в правой руке.

Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой. Относительно регулярно принимает гипотензивные препараты, на фоне терапии АД на уровне 140-150/80-90 мм рт.ст. В 65-летнем возрасте перенесла ОНМК. Последние 2 года беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей. Три дня назад (на фоне стресса) прекратила прием гипотензивных препаратов. Сегодня около часа назад появились вышеуказанные жалобы. Обратилась у врачу-терапевту участковому.

Объективно:

Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожные покровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отеки стоп, голеней до верхней трети. Мышечная сила в правых конечностях снижена. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 26 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, ослаблен. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая - на 2 см снаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени определяется на 2 см ниже реберной дуги, округлый, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12/11/8 м. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Данные дополнительных методов исследования: ОАК: СОЭ - 12 мм/час; Hb - 128 г/л; лейкоц.

$6,5 \times 10^9$  /л. ОАМ: белок - 0,066 г/л, сахар - отриц., отн. плотность - 1011; лейкоц. - 2-3 в п.зр.; эр - 1-2 в п.зр. Общий холестерин - 9,2 ммоль/л; сахар крови - 6,1 ммоль/л, креатинин - 0,07 ммоль/л, калий - 4,6 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: признаки хронического холецистита, диффузных изменений печени, поджелудочной железы. Гепатомегалия. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена.

### Последовательность действий студента

**Этап 1.** Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.

**Этап 2.** Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

По условию задачи было установлено, что пациентка длительно страдает гипертонической болезнью, отмечается отсутствие АГТ в течение недели. На основании данных задачи, жалоб, данных объективного осмотра, дополнительных методов исследования были выделены следующие синдромы:

синдромы артериальной гипертензии (жалобы на резкую разлитую головную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту, общую слабость, сухость во рту. Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. В 65-летнем возрасте перенесла ОНМК. Объективно: границы относительной сердечной тупости расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст.)

хронической сердечной недостаточности с признаками застоя по обоим кругам кровообращения (жалобами на общую слабость, из анамнеза- последние 2 года беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей. Объективно: отеки стоп, голеней до верхней трети. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 26 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, ослаблен. Размеры печени по Курлову 12/11/8 см).

синдром избыточной массы тела (объективно: пациентка повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см).

синдром нарушения обмена веществ- ГХЕ, дислипидемия.

### Таким образом сформулирован предварительный клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени повышения АД, риск 4 (очень высокий). Гипертонический криз I типа.

Последствия ОНМК по ишемическому типу?

СНнФВ? II Б ст., ФК 3. Кардиомегалия, гепатомегалия.

ГХЕ. Дислипидемия. Ожирение 2 степени, абдоминальный тип.

Необходимым действием является в ограниченное время провести осмотр больного в условиях поликлиники, составить план дополнительного обследования, интерпретировать полученные результаты, составить план лечебных и профилактических мероприятий, определить показания для госпитализации в экстренном порядке. Определить условия для направления на МСЭ.

**Этап 3.** Определение основного раздела «Неотложные состояния в кардиологии. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях», теоретический материал из которого будет необходим для решения данной задачи.

Основной раздел – «Неотложные состояния в кардиологии. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях».

**Этап 4.** Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.

Из основного раздела может понадобиться материал по сбору информации о пациенте, лечебно-диагностических возможностях обследования и лечения пациентов с гипертоническим кризом в условиях поликлиники. Принципы подбора медикаментозной терапии. Временная нетрудоспособность ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности.

**Этап 5.** Определение других разделов «Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с АГ, ИБС, ОКС, амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью», теоретические положения которых также могут быть востребованы при решении данной задачи.

Из других разделов может понадобиться материал по дифференциальной диагностике с ОКС, сердечной недостаточностью. Для этого необходимо знать алгоритм дополнительного обследования, определять показания для суточного мониторинга АД, интерпретация данных ЭКГ, исследования периферических артерий, компьютерной томографии сердца с подсчетом индекса коронарной кальцификации. Уметь проводить дифференциальную диагностику состояний, связанных с повышением АД -исключение вторичного характера патологии, дифференцировка сердечной недостаточности, исключения тяжелых осложнений.

**Этап 6.** Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.

Алгоритм обследования данного пациента.

Пациенту рекомендовано: лабораторное дообследование- развернутый ОАК, гормоны ЩЖ- ТТГ,Т4 св.. Биохимический анализ крови: электролиты, СКФ, креатинин, липидный спектр, гликированный гемоглобин, АСТ,АЛТ, билирубин, КФК, ЛДГ,ЩФ, амилаза.

Инструментальная диагностика: суточное мониторирование АД на фоне коррекции терапии, ДС БЦА,УЗИ почек, ЭХО-КС, ЛПИ, коронарный кальций, рентген органов грудной клетки.

**Этап 7.** Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

Пациент после стационарного лечения продолжает наблюдение и лечение в амбулаторных в терапевтическом отделении. Прогноз трудовой и для выздоровления относительно благоприятный, поэтому необходимо продолжить лечение и наблюдение в следующем объеме: основные направления терапии- вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений, коррекция АГТ, сердечной недостаточности.

Физическая реабилитация предусматривает занятие ЛФК, ходьба пешком. Пациентка не работает, трудовая экспертиза не требуется.

#### **Тактика ведения пациента.**

Пациентка в кабинете неотложной помощи.

Регистрация ЭКГ, гемодинамических показателей.

Медикаментозно: каптоприл 25 мг перорально, раствор фуросемида 40 мг внутривенно струйно под контролем АД.

По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования осложненного гипертонического криза, исключения повторного ОНМК, застойной сердечной недостаточности, подбора антигипертензивной терапии, терапии сердечной недостаточности.

Режим – 2 с последующим расширением режима.

Лечение ГБ,ХСН: иАПФ, антагонисты кальция, БАБ в малых дозах с титрованием до средних доз по переносимости, контролю АД, ЧСС, диуретики- калийсберегающие, петлевые продленные. Вторичная профилактика- статины, антиагреганты. БЛ не нужен.

#### **На этапе диспансерного наблюдения:**

У пациента тяжелая артериальная гипертензия, трудноконтролируемая, прогноз относительно благоприятный.

Пациенту «Д» наблюдение 1 раз в три месяца (после выписки из стационара наблюдение через месяц- контроль ЭКГ, электролитов, веса, дневник АД).

Через 3 месяца регулярной терапии (периндоприл 5 мг вечером постоянно под контролем АД (не менее 110/75 мм рт.ст., не более 140/90 мм рт.ст.), метопролола сукцинат 25 мг утром под контролем ЧСС (не менее 55 в мин), амлодипин 5 мг вечером постоянно, спиронолактон 50 мг утром, торасемид 5 мг утром под контролем веса и электролитов крови, ацетилсалициловая кислота, кишечнорастворимая форма, 75 мг вечером постоянно, аторвастатин 40 мг постоянно под контролем АСТ,АЛТ, липидного спектра каждые 3 мес. Контроль лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, БХ анализ крови- СКФ, креатинин, электролиты, глюкоза, АСТ, АЛТ в динамике.

Эхо-Кс через 12 мес- оценка систолической и диастолической функции.

Рентген органов грудной клетки 1 раз в год.

Осмотр специалистами- кардиолог.

#### **3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии**

##### **Задача 1.**

Больной Д., 45 лет, директор завода, доставлен в приемное отделение с жалобами на дискомфорт в области сердца, сухой кашель, сердцебиение, слабость, одышку. Указанное состояние возникло 2 часа назад после психоэмоционального перенапряжения на фоне полного здоровья.

Из анамнеза заболевания: в течение последних 3 лет отмечает приступы болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в быстром темпе, длятся до 10 мин, купируются в покое или после приема нитроглицерина через 1 мин. Частота загрудинных болей – 1-2 раза в месяц. Не обследован, лекарственные препараты не принимает.

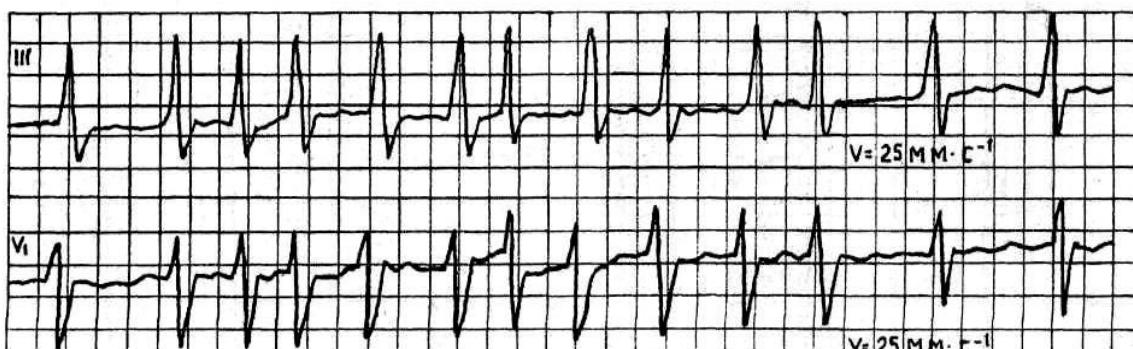
Объективно:

Состояние тяжелое. Сознание спутано, возбужден. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Цианоз губ. Отёков нет. Дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, ритм неправильный. ЧСС 158 уд/мин. АД 80/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. –  $3,8 \times 10^{12}$  /л; Нб –  $121 \times 10^{12}$  г/л; лейкоц. –  $7,6 \times 10^9$  /л; э – 3%; п/я – 5%; с/я – 57%; л – 29%; м – 6%.

2. ЭКГ.





### Задача 2

У больной С., 43 лет, на приёме у врача-терапевта участкового внезапно возник приступ резкого сердцебиения, сопровождающийся стеснением в груди, головокружением, общей слабостью. Подобные приступы изредка наблюдались и ранее, купировала их самостоятельно задержкой дыхания на максимально глубоком вдохе с натуживанием.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожный покров бледный. Частота дыхания 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, чистые, ритмичные, 160 в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения с частотой 160 в минуту. АД 90/70 мм.рт.ст.

Какое нарушение ритма сердца возникло у больной?

Определите мероприятия неотложной помощи, тактику дальнейшего ведения.

### Задача 3

2. Больной Х., 45 лет, страдающий ревматическим митральным пороком сердца с 19-летнего возраста, во время нахождения в очереди в поликлинике, внезапно почувствовал сильное сердцебиение, одышку. При осмотре акроцианоз, при аускультации сердца – тоны аритмичные, ослаблен I тона, шум на верхушке сердца, частота сердечных сокращений 148 в минуту. Пульс аритмичен, неодинакового наполнения и напряжения, 110 в минуту. АД 125/85 мм.рт.ст.

Сформулируйте диагноз.

Определите причину дефицита пульса.

Алгоритм ведения пациента на догоспитальном этапе.

## 4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### Вопросы по теме:

1. Этапы оказания медицинской помощи больным с ТЭЛА.
2. Этапы оказания медицинской помощи больным с гипертоническим кризом.
3. Этапы оказания медицинской помощи больным в состоянии кардиогенного шока.
4. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным с неотложной патологией сердечно-сосудистой системы.
5. Определение, этиология, классификация и клиническая картина ТЭЛА.
6. Определение, этиология, классификация и клиническая картина осложненного и неосложненного гипертонического криза.
7. Определение, этиология, классификация и клиническая картина кардиогенного шока.
8. Возможности обследования в поликлинике для установления неотложного состояния, выявления причин ухудшения состояния пациента, роль современных инвазивных и неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз.
9. Принципы установления диагноза ТЭЛА, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
10. Принципы установления гипертонического криза, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
11. Принципы установления состояния- кардиогенный шок, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
12. Образ жизни и факторы риска ТЭЛА. Ранние симптомы. План обследования больного в поликлинике.
13. Образ жизни и факторы риска кризового течения гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.
14. Лечение больных ТЭЛА в поликлинике в зависимости от степени окклюзии легочной артерии. Принципы подбора медикаментозной терапии.
15. Лечение больных с гипертоническим кризом в поликлинике в зависимости от типа криза. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
16. Вторичная профилактика при неотложных состояниях в кардиологии.
17. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
18. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

#### Тестовые задания

1. Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

1. развития коронарного тромбоза;
2. развития острой аневризмы грудного отдела аорты;
3. нарушения функции пищевода и желудка;
4. развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда;\*
5. снижения эритропоэтинсинтезирующей функции почек.

2. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

1. артериальная гипотензия;
2. пульсовое давление более 30 мм рт.ст.;
3. брадикардия;
4. олигурия;
5. правильно 1 и 4.\*

3. Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?

1. мезатон;
2. допамин;
3. преднизолон;
4. бикарбонат натрия;
5. правильно 2, 3, 4.\*

4. Фуросемид оказывает следующие эффекты:

1. обладает венодилатирующим свойством;
2. увеличивает диурез;
3. увеличивает хлорурез;
4. увеличивает натрийурез;
5. все ответы верные.\*

5. Ведущий критерий диагностики гипертонического криза II типа:

1. уровень АД;
2. длительность заболевания;
3. очаговая неврологическая симптоматика;\*
4. тахикардия;
5. экстрасистолия.

6. Фактор риска развития гипертонической болезни:

1. атеросклероз;
2. сахарный диабет;
3. отягощенная наследственность;\*
4. стрептококковая инфекция;
5. нарушение белкового обмена.

7. К эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии относится:

1. дилатация аорты в восходящем отделе
2. дилатация левых камер сердца и митральная регургитация;
3. дилатация правых камер сердца и трикуспидальная регургитация \*
4. дилатация левого и правого предсердий

8. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:

1. вены нижних конечностей;\*
2. вены верхних конечностей;
3. правые отделы сердца;
4. вены таза

5. левые отделы сердца.

9. Антикоагулянты при ТЭЛА назначаются:

1. только перорально
2. только парентерально
3. парентерально с последующим переходом на пероральный режим\*

10. Самым частым клиническим проявлением ТЭЛА является:

1. кровохарканье.
2. боль в груди.
3. одышка\*

Критерий оценок:

- 1 ошибка – «5»
- 2 ошибки – «4»
- 3 ошибки – «3»
- 4 и более ошибок – «2»

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

##### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.

2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
  3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
  4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
  5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
  6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
  7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
  8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
  9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014
10. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  11. Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.
  12. Клинические рекомендации Кардиоваскулярная профилактика, 2017 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
 Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rmmot.ru/>  
 Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
 Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
 Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
 Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
 Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
 Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
 Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru/>  
 Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
 Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
 Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

**Тема 5.16: Амбулаторное ведение больных с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.**

**Цель:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе.
2. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с сердечной недостаточностью
3. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при сердечной недостаточности Проведению экспертизы нетрудоспособности при сердечной недостаточности.

**Обучающийся должен знать:**

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

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента с признаками острого сердечной недостаточности в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

**Обучающийся должен владеть:** (навыки, которые должен освоить студент на данном занятии)

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Укажите клинические симптомы, позволяющие предполагать наличие у больного ХСН.
2. Ранние проявления ХСН.
3. Перечислите ведущие специфические признаки ХСН.
4. Клинические проявления застойной гепатопатии.
5. Перечислите типичные симптомы и признаки, характерные для ХСН.
6. Основные принципы диагностики ХСН.
7. Какие обязательные инструментальные и лабораторные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза ХСН?
8. Укажите наиболее часто встречающиеся на ЭКГ изменения при ХСН.
9. В каких случаях необходимо проведение дополнительных методов исследования для постановки диагноза ХСН?
10. Перечислите критерии, используемые для постановки диагноза ХСН.
11. Изложите алгоритм диагностики ХСН.

**2. Практическая работа.**

Амбулаторный приём совместно с врачом-терапевтом участковым. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, ЭКГ, ЭХО-кардиоскопических исследований, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторной карты, направлений на МСЭ под контролем преподавателя).

**3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач
  - Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента.
  - Диспансерное наблюдение пациента.
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Больной С., 57 лет маляр, вызвал врача на дом 13.01.2018 с жалобами на одышку и сердцебиение при минимальной физической нагрузке, разговоре, приступы ночной одышки, слабость, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом жирной пищи.

Из анамнеза заболевания: страдает повышением АД с 35 лет, АД повышалось до 240/130 мм.рт.ст., препараты, назначенные доктором, принимал эпизодически. В 2001 г перенес инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочный с переходом на верхушку и боковую стенку ЛЖ, после чего появилась одышка при умеренной физической нагрузке, сердцебиение при нагрузке, слабость, постепенно одышка стала появляться при все меньшей физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах к вечеру, приступы ночной одышки.

Из анамнеза жизни: курил 20 лет, по 1 пачке в день, последние 2 года не курит. Мать умерла в 52 года, от инсульта, брат перенес ОИМ в 45 лет.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, диффузный цианоз, одышка при разговоре, дыхание везикулярное, жесткое, в нижних отделах легких - умеренное количество влажных хрипов. ЧД - 21 в 1 мин. АД 105/70 мм рт.ст. Пульс 80 в 1 мин, ритмичный, симметричный. Отеки на ногах до средней трети голени. Нижний край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги по правой СКЛ, плотный, болезненный.

Данные дополнительных методов обследования:

Общий анализ крови: ЭР - 5,6, НЬ - 167 г/л.

Биохимический анализ крови: общий холестерин - 7,0 ммоль/л, триглицериды 3,9 ммоль/л, креатинин - 95 ммоль/л, общий белок - 67 г/л.

ЭхоКС: ЛП - 50 мм, ЛЖ - 68 мм, ММЛЖ - 390 г, ИММЛЖ - 178 г/м<sup>2</sup>, индекс сферичности ЛЖ - 0,78, КДО ЛЖ - 287 мл, ИКДО ЛЖ - 151 мл/м<sup>2</sup> (N - 82 мл/м<sup>2</sup>), ФВлж по Симпсону - 17%. Акинезия верхушечной 1/2 МЖП, верхушки, гипокинезия передней и боковой стенок ЛЖ. Правые отделы расширены. На митральном клапане регургитация(+++). Е/А - 3,15, ВИВРЛЖ - 20 мс, на трикуспид. клап. - регургитация(+++). Сист. ДЛА - 65 мм рт.ст.

При проведении стресс-ЭхоКС с низкими дозами дипиридамола признаков потенциально жизнеспособного миокарда не выявлено.

Рентгенография сердца: КТК - 61%.

На ЭКГ- признаки рубцовых изменений в передне-перегородочной, верхушечной и боковой зонах ЛЖ.

**Выделите синдромы.**

Синдром хронической/острой сердечной недостаточности. Синдром артериальной гипертензии (в анамнезе). Острый коронарный синдром (в анамнезе) - синдром коронарной недостаточности. Синдром гиперхолестеринемий. Синдром гипертриглицеридемии. Синдром кардиомегалии.

**2 балла** Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)

**1 балл** Недостаточно проведен анализ параметров СН.(50-75%)

**0 баллов** Анализ параметров в объеме менее 50%

**Предварительный диагноз.**

ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ с Q распространенный передний с переходом на верхушку и боковую стенку ЛЖ от 2001 г). Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Кардиомегалия, гипертрофия ЛЖ. СНнФВ

(ФВ 17% по ЭХО-Кс) III стадия, ФК 4. Отек легких. Сердечная астма, Killip 3.
<b>2 балла</b> –диагноз поставлен правильно . Сформулирован с учетом современных требований
<b>1 балл</b> диагноз поставлен правильно, но не уточнены осложнения, не полностью освещена функциональная часть диагноза
<b>0 баллов</b> диагноз поставлен неправильно
<b>Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вызов бригады скорой неотложной медицинской помощи для госпитализации пациента в профильный стационар.</li> <li>• Контроль ЭКГ, АД, ЧСС, пульса, обеспечить внутривенный доступ, катетеризация мочевого пузыря.</li> <li>• Контроль уровня кислорода крови, по показаниям оксигенотерапия. Ингаляция увлажненного кислорода через носовую катетер со скоростью 6-8 л/мин. Цель – насыщение артериальной крови кислородом 95-98%.</li> <li>• Выраженная задержка жидкости - инфузия фуросемида 5-40 мг в час. Обычно необходимы для лечения застоя по большому и малому кругу. В неотложных ситуациях должны назначаться внутривенно в виде постоянной инфузии.</li> <li>• Внутривенное капельное введение добутамина (5-15 мкг/кг/мин), допамина (5-25 мкг/кг/мин), норадrenalина (0,5-16 мкг/мин) или их сочетания.</li> <li>• Под контролем АД, постоянной инфузии добутамина/допамина- рассмотреть вопрос о введении нитроглицерина.</li> <li>• Ингибиторы АПФ в лечении острой сердечной недостаточности. Критерии отбора больных и время назначения Больные с сократительной дисфункцией левого желудочка (ХСН, после ИМ) в/в не вводить, первоначальная доза должна быть низкой, в ближайшие 48 ч под контролем АД и функции почек: каптоприл ≤6,25 мг до 50 мг 3 р/сут, затем возможен переход на длительно действующий ИАПФ (Класс I, А).</li> <li>• Срочная госпитализация в стационар в отделение интенсивной терапии.</li> </ul>
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Недостаточно проведен анализ параметров ОЧН (50-75%)
<b>0 баллов</b> Анализ параметров в объеме менее 50%
<b>Критерии выписки и последующего наблюдения</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пациенты, госпитализированные с ОЧН, подходят для выписки по медицинским показаниям, когда они: гемодинамически стабильны, эводемичны, имеют постоянную пероральную терапию и стабильную функцию почек в течение по крайней мере 24 часов; обеспечены образовательными материалами и советами о самопомощи.</li> <li>• Пациенты должны предпочтительно: участвовать в программе по контролю заболевания; последующее лечение должно быть спланировано перед выпиской и четко объяснено команде первичной медицинской помощи; осмотрены врачом общей практики в течение 1 недели после выписки; по возможности осмотрены врачом-кардиологом в течение 2 недель после выписки.</li> <li>• Пациенты с ХСН должны наблюдаться мультипрофессиональной командой</li> </ul>
<b>Укажите цели лечения ХСН в рамках диспансерного наблюдения. Группу диспансерного наблюдения</b>
<b>Диспансерное наблюдение в 3 диспансерной группе здоровья.</b> <b>Цели лечения- Устранение</b> симптомов ХСН. Замедление прогрессирования ХСН и защита органов-мишеней (сердце, мозг, почки, сосуды). Улучшение «качества жизни». Уменьшение госпитализаций (и расходов) Улучшение прогноза.
<b>2 балла</b> Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)
<b>1 балл</b> Ответ неполный, содержит недостаточно информации по вопросу (50-75%)
<b>0 баллов</b> Ответ неправильный.
<b>Укажите универсальные рекомендации при ХСН. Роль и место физических тренировок.</b>
<p>К универсальным рекомендациям независимо от типа и выраженности ХСН относятся: ограничение потребления соли, нормализация и контроль массы тела, отказ от курения и алкоголя, регулярная аэробная циклическая физическая нагрузка с учетом результатов 6МТХ, вакцинация гриппозной и пневмококковой вакциной. Аэробные физические тренировки умеренной интенсивности способствуют улучшению функциональных возможностей, приводят к улучшению качества жизни и снижению количества госпитализаций по поводу ХСН у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной ФВ ЛЖ. (Класс рекомендаций I, уровень доказанности А).</p> <p>У пациентов с сохраненной фракцией выброса регулярное выполнение аэробных физических нагрузок умеренной интенсивности влияет на уменьшение симптоматики и улучшение функционального статуса (Класс рекомендаций I, уровень доказанности А)</p> <p>Пациентам с СН полезно регулярное наблюдение и контроль медико-биологических параметров, чтобы обеспечить безопасность и оптимальную дозировку лекарственных средств и выявить развитие осложнений или прогрессирования заболевания, которые могут потребовать изменения в тактике лечения.</p>

<b>Определите прогноз медицинские и социальные критерии наличия стойкой утраты трудоспособности? Нуждается ли он в направлении на МСЭ?</b>
Трудовой и медицинский прогноз неблагоприятный. Пациент нуждается в направлении на МСЭ.
<b>2 балла.</b> Ответ дан в полном объеме по всем критериям
<b>1 балл.</b> Ответ дан частично. Не учтены социальные критерии, профессиональный маршрут пациента.
<b>0 баллов.</b> Ответ неправильный и не учитывает ни один из приведенных критериев.
<b>Нужен ли пациенту имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор. Обоснуйте показания и противопоказания</b>
Имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор ИКД снижают смертность у пациентов, переживших остановку сердца и у перенесших устойчивые симптомные желудочковые аритмии. ИКД рекомендован для пациента, целью лечения которого является повысить его выживаемость; при принятии решения об имплантации необходимо учитывать настрой пациента и качество его жизни, уровень ФВЛЖ (положительный эффект на выживаемость становится сомнительным при ФВ менее 35%) и отсутствие других заболеваний, которые могут повлечь за собой смерть в течение следующего года. Имплантация ИКД рекомендуется только в случае если, после достаточного периода оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) (минимум 3 месяца) не удалось увеличить ФВЛЖ больше 35%.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1.

Больная П., пенсионерка (в данный момент работает вахтером), 69 лет, вызвала врача на дом 23.07.06. с жалобами на частое сердцебиение и перебои в работе сердца (особенно по ночам), выраженную слабость, одышку, давящие боли за грудиной, отеки на ногах, чувство тяжести в правом подреберье.

Из анамнеза заболевания: больна в течение 14 лет, когда впервые появились тянущие боли за грудиной и в области сердца с иррадиацией в левую руку, левое плечо. Боли возникали при ходьбе в быстром темпе, купировались самостоятельно в покое, либо после приема нитроглицерина. Ухудшение состояния в течение последнего года: приступы болей стали возникать при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 300 метров, при подъеме на 1 этаж, в морозную погоду, во время эмоционального стресса. Появилась слабость, быстрая утомляемость, одышка при физических нагрузках, отеки голеней. По назначению врача принимала нитроглицерин, нитроглицерин, верошпирон - мало эффективно.

В течение последнего месяца дважды отмечала приступы перебоев в работе сердца, проходящие самостоятельно в покое. Данный приступ перебоев начался 3 часа назад, приняла 1 таб. валидола, 2 таб. нитроглицерина - без эффекта.

Из анамнеза жизни: из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ангины, хр. холецистит. Наследственный анамнез не отягощен: Работала учителем в школе. Более 30 страдает гипертонической болезнью, принимает эналаприл нерегулярно 10 мг в сутки.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Питание повышенное, ИМТ - 32.0. В легких - дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 24 в мин. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - 3 ребро, левая, - на 1,5 см снаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС - 140 в мин. Пульс аритмичный, симметричный, 108 в мин. АД - 140/95 мм рт.ст. Размеры печени по Курлову: 12-10-9 см. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, при пальпации мягкий, болезненный. Отеки голеней.

Данные дополнительных методов исследования:

**Коагулограмма:** фибриноген - 3,5 г/л, протромбиновый индекс - 97,5%, тромб, время - 17,3 с, АПТВ - 31 сек, этаноловый тест отр., фибринолитическая акт - 7 мин, антитромбин III - 91%. **Электролиты:** K<sup>+</sup> - 3,9 ммоль/л, Ca<sup>++</sup> - 1,15 ммоль/л, C1 - 106,8 ммоль/л. **ЭКГ** прилагается. **ЭхоКС:** аорта в восходящем отделе уплотнена, диаметр 41 мм, АК, МК - створки у основания утолщены, уплотнены. ЛПП - 49 мм, ЛЖ - 58 мм, МЖП - 3СЛЖ - 11 мм, ММЛЖ - 303 г (N до 215 г), ИММЛЖ - 138 г/м<sup>2</sup> (N до 110 г/м<sup>2</sup>), КДОЛЖ - 240 мл, ИКДОЛЖ - 109 мл/м<sup>2</sup> (N - 85мл/м<sup>2</sup>), индекс сферичности - 0,67, ФВлж - 47% (по Тейхольцу). Правые отделы расширены. Очаговых нарушений сократимости не выявлено. По доплеру: на МК - регургит. (++) Е/А - 0,75, ВИВРЛЖ - 104 мс, СДЛА - 45 мм рт.ст.

#### Задача 2.

Больной Т., 53 года, инженер, обратился на приём к терапевту 12.03. в 12-30 с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе на расстояние до 1000 м, проходящие после приема нитроглицерина через 1 мин, одышку при физической нагрузке, ощущения единичных перебоев на фоне нормальной работы сердца, быструю утомляемость. В 15-10 в коридоре поликлиники неожиданно почувствовал головокружение, слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, появился сухой кашель. Снята ЭКГ.

Из анамнеза заболевания: болен в течение 7 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при значительной физической нагрузке, проходящие самостоятельно в покое. К врачу не обращался. Два года назад (27.04.95) перенес ОИМ с Q заднедиафрагмальной области, неосложненный. Ухудшение состояния, с начала 1997г, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Из анамнеза жизни: отец и брат страдают ИБС. Курит (1 пачка в день). Алкоголем не злоупотребляет. Работает инженером

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Заторможен. Положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Выраженный акроцианоз. Питание удовлетворительное. Над легкими - дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, меняющаяся интенсивность I тона. ЧСС - 125 в мин. АД 120/95 мм рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень по краю реберной дуги, край при пальпации безболезненный. Отеков нет. Диурез адекватный.

Данные дополнительных методов исследования:

**ОАК от 12.03.97.** НЬ - 157 г/л, эр. - 4,8, лей - 6, ней - 76, с/я - 70%, п/я - 6%, лимф - 22%, мон. - 7%, эоз. - 0,9%, СОЭ - 9 мм/час.

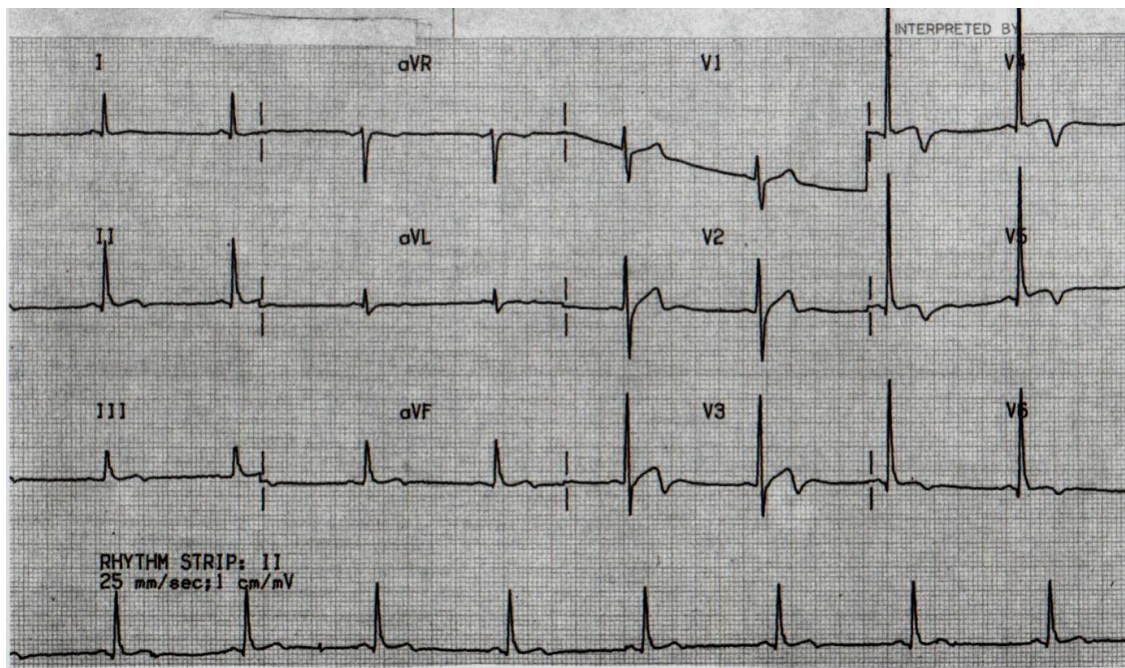
**БАК от 12.03.97.** глюкоза - 3,9 ммоль/л, общий холестерин - 6,7 ммоль/л, ТГ - 2,6 ммоль/л, ХСЛПНП - 1,9 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л.

**Электролиты:** K<sup>+</sup> - 3,1 ммоль/л, Ca<sup>++</sup> - 1,13 ммоль/л, Na<sup>+</sup> - 156 ммоль/л, C1 - 107 ммоль/л.

**ЭКГ:** прилагается.

**ЭхоКС:** аорта в восходящем отделе умеренно уплотнена, диаметр - 37 мм. Аорт. клап. - створки не изменены, движутся обычно. ЛПП - 45 мм, ЛЖ - 59 мм, ЗСЛЖ - МЖП - 10 мм, ММЛЖ - 256 г, ИММЛЖ - 148 г/м<sup>2</sup> (N - 134 г /м<sup>2</sup>), КДОЛЖ - 210 мл, ИКДОЛЖ - 105 мл/м<sup>2</sup> (N - 82 мл/м<sup>2</sup>), индекс сферичности - 0,69, ФВлж - 54% (по Тейхольцу). Правые отделы расширены умеренно. Акинезия верхушечной 1/2 задней стенки.

По доплеру: на аортальном клапане кровотоков не изменен. На митральном клапане - регургит. - (+ - ++). Сист. ДЛА около 40 мм рт.ст.



#### 4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы по теме:**

1. сердечная недостаточность, выявление, тактика ведения.
2. оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. реабилитация пациентов с сердечной недостаточностью,
4. алгоритм ведения пациента с признаками сердечной недостаточности врачом-терапевтом участковым,
5. правила формулировки диагноза;
6. группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
7. характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении сердечной недостаточности врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
8. показания к госпитализации;
9. алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
10. правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
11. принципы и методы осуществления реабилитации и профилактики сердечной недостаточности врачом-терапевтом участковым

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

#### **Тестовые задания**

1. Выберите один правильный ответ.

Проявления ХСН, соответствующие III ФК по классификации NYHA:

- а) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке\*
- б) развитие обмороков при обычной физической нагрузке
- в) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке
- г) появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке

2. Выберите один правильный ответ.

При выборе ингибитора АПФ для лечения больного с ХСН и нарушением функции почек следует отдать предпочтение:

- а) лизиноприлу
- б) периндоприлу
- в) каптоприлу
- г) фозиноприлу\*



3. Выберите один правильный ответ.

Какого реанимационного мероприятия требует асистолия желудочков:

- а) электроимпульсная терапия
- б) закрытый массаж сердца \*
- в) в/в введение мезатона
- г) в/в введение верапамила

4. Выберите один правильный ответ.

К какой из перечисленных категорий следует отнести пациента, который во время теста 6-минутной ходьбы проходит расстояние, равное 350 м:

- а) I функциональный класс NYHA
- б) III функциональный класс NYHA
- в) II функциональный класс NYHA \*
- г) IV функциональный класс NYHA

5. Выберите один правильный ответ.

Санаторно-курортное лечение при ХСН возможно при:

- а) ХСН ФК IV
- б) Отеке легких
- в) ХСН ФК I и II\*
- г) Наличии отеков

6. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.

А. К врачу на амбулаторный прием обратилась больная М. 52 лет с жалобами на периодические ощущения перебоев в работе сердца, быструю утомляемость при физической нагрузке; иногда, после употребления соленой пищи, отмечается припухлость и покраснение лица, головную боль. Индекс массы 31,5 кг/м<sup>2</sup>. При осмотре: повышенного питания, кожные покровы физиологической окраски, повышенная потливость. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца по левой СКЛ. Тоны сердца ясные, аритмичные, акцент второго тона над аортой. ЧСС 62; пульс 52 в мин. АД 172/96 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Голени пастозны. На ЭКГ – синусовый ритм, электрическая ось сердца отклонена влево, наджелудочковые экстрасистолы по типу три и бигемии.

Б. Больной Б. 58 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах. Считает себя больным в течение полугода, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка. Последние 2 месяца тяжесть в правом подреберье, в течение месяца отеки на ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧДД 26 в минуту; пульс 96 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Над легкими, в подлопаточных, областях притупление перкуторного звука, там же дыхание ослаблено, незвучная крепитация. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4,0 см, на ногах отеки.

В. Больной Л. 42 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, пульсацию в голове. Страдает хронической ревматической болезнью сердца в течение 20 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная бледность кожных покровов. Положительный симптом Мюссе, "пляска каротид"; пульс 64 в минуту, ритмичный, приподнимающий верхушечный толчок в VI межреберье. Над легкими в нижних отделах укорочение перкуторного тона. Там же дыхание ослаблено, крепитация. Печень – по правому краю реберной дуги. АД 110/30 мм.рт.ст.

Варианты ответов.

1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза. Недостаточность аортального клапана. Альвеолярный отек легких. СН III, функциональный класс IIА.

2. Гипертоническая болезнь III степени, 2 стадии, риск III. Наджелудочковая экстрасистолия. СН IIБ, III функциональный класс.

3. Постинфарктный кардиосклероз (ИБС: инфаркт миокарда). СН III, функциональный класс IIБ.

Ответ: А-2, Б-3, В-1.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

#### Дополнительная литература

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

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение, 2018г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.

Национальные рекомендации: Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции, 2014

10. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
11. Клинические рекомендации Коморбидная патология в клинической практике, 2018 г.
12. Клинические рекомендации Кардиоваскулярная профилактика, 2017 г.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>  
Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>  
Сайт Российского кардиологического общества [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)  
Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

#### Раздел 6. Поликлиническая тактика ведения пациентов ревматологического профиля.

Тема 6.2: Амбулаторное ведение пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата и метаболическим синдромом. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.

**Цель:** Закрепление знаний по тактике ведения пациентов с суставным синдромом в практике врача-терапевта участкового .

**Задачи:**

1. Изучить вопросы оказания медицинской помощи больным с заболеваниями суставов на приеме в поликлинике и на дому.
2. Определить роль и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний суставов.
3. Рациональное ведение пациентов с заболеваниями суставов и коморбидной патологией – периодичность осмотров, объем обследования, принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии, ЛФК, лечебное питание, рациональное трудоустройство, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, отбор на санаторно-курортное лечение.
4. Определить причину временной и стойкой утраты трудоспособности.
5. Высокотехнологические методы лечения заболеваний суставов, показания.
6. Углубить знания по проведению профилактики заболеваний суставов у пациентов с метаболическим синдромом.

**Обучающийся должен знать:** распространенность, этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, общие и частные рекомендации по ведению больных с заболеваниями суставов и коморбидной патологией в амбулаторных условиях.

**Обучающийся должен уметь:** выявить и идентифицировать основные критерии диагностики заболеваний суставов, определению показаний для госпитализации больных. Сформулировать алгоритм ведения, принципы лечения, экспертизы утраты трудоспособности пациентов с заболеваниями суставов и коморбидной патологией.

**Обучающийся должен владеть:** навыками обнаружения и идентификации основных синдромов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата на амбулаторном приеме, оказания квалифицированной медицинской помощи больным с заболеваниями суставов на приеме в поликлинике, и на дому; лечения, навыками установления показаний для госпитализации; показания к проведению хирургического лечения

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Определение остеоартрита (ОА).Классификация по МКБ-10; клиническая классификация.
2. Факторы риска развития заболевания: генетические, приобретенные, внешнесредовые.
3. Анатомические изменения хряща и околосуставных тканей при ОА.Гистологические изменения в хряще при ОА.
4. Биомеханические нарушения в суставах при ОА.Патогенетические основы развития болевого синдрома в суставах при ОА.
5. Характер жалоб больного при ОА.
6. Физикальные признаки синовита, остеоартроза.
7. Методы инструментальной диагностики ОА.Рентгенологические признаки и стадии ОА.
8. Изменения в клиническом анализе крови при реактивном синовите.Физические свойства и клеточный состав синовиальной жидкости при ОА.
9. Диагностические критерии коксартроза и гонартроза.
10. Клинические признаки ОА суставов кисти.
11. Принципы лечения ОА.
12. Немедикаментозные методы лечения: снижение массы тела, разгрузка пораженных суставов.
13. Медикаментозное лечение: симптоматические (симптом-модифицирующие, болезнь-модифицирующие) средства.
14. Течение, профилактика ОА.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр пациента), по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

**Решение тестовых заданий:**

1. Факторами риска остеоартроза являются
  - 1) низкая масса тела
  - 2) ожирение
  - 3) инфекция
  - 4) переломы костей в анамнезе
  - 5) стресс

2.Для остеоартроза характерны рентгенологические изменения

- 1) множественные эрозии суставных поверхностей

- 2) остеофитоз
  - 3) остеопороз
  - 4) подвывихи суставов
  - 5) остеомаляция
3. Артрозу дистальных межфаланговых суставов в отличие от артроза другой локализации присущ рентгенологический признак
- 1) костные разрастания
  - 2) сужение суставной щели
  - 3) расширение суставных поверхностей
  - 4) «суставные мышцы»
  - 5) узурация суставных поверхностей
4. Для остеоартроза без синовитов характерны лабораторные показатели
- 1) анемия
  - 2) лейкоцитоз
  - 3) лейкопения
  - 4) тромбоцитопения
  - 5) нормальные показатели крови
5. Выберите клинические признаки, наиболее характерные для ОА
- 1) скованность в пораженном суставе более 60 минут
  - 2) боль в суставе механического характера
  - 3) нет ограничения объема движения в суставе
  - 4) ревматические узелки
  - 5) лихорадка с ознобами
6. Узелки Бушара локализуются
- 1) в области дистальных межфаланговых суставов
  - 2) в области проксимальных межфаланговых суставов
  - 3) в области локтевых суставов
  - 4) в области коленных суставов
  - 5) в области суставов стоп
7. В каком случае при остеоартрозе показаны внутрисуставные инъекции длительно действующих кортикостероидов
- 1) при наличии выпота в суставе
  - 2) показаны в качестве базисной терапии остеоартроза
  - 3) при крепитации в суставе
  - 4) при наличии выраженной деформации сустава
  - 5) при ограничении объема движения в суставе
8. Какие из перечисленных ниже препаратов относятся к группе хондропротекторов
- 1) ибупрофен
  - 2) диклофенак
  - 3) хондроитина сульфат
  - 4) метотрексат
  - 5) дипроспан
9. какой НПВП предпочтительней использовать для купирования боли при остеоартрозе при язвенном анамнезе
- 1) НПВП селективного действия
  - 2) НПВП не селективного действия
  - 3) НПВП не используются для купирования боли при остеоартрозе
  - 4) используются только местные средства
  - 5) диклофенак

10. Наиболее частые осложнения со стороны ЖКТ при длительном использовании НПВП

- 1) не бывает осложнений со стороны ЖКТ при использовании НПВП
- 2) НПВП-гастропатии
- 3) желтуха
- 4) диарея
- 5) ЖКБ

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента в амбулаторных условиях.
- Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
- Диспансерное наблюдение пациента. Профилактика

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Б., 79 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли в I плюснефаланговых суставах, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника при незначительной физической нагрузке, в ночные часы, утреннюю скованность в течение 30 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений.

Из анамнеза заболевания: в течение 25 лет отмечает умеренные боли в обоих I плюснефаланговых суставах после длительной физической нагрузки, утреннюю скованность. Около 10 лет беспокоят периодические боли в поясничном отделе позвоночника, проксимальных межфаланговых суставах кистей. 1-2 раза в год отмечает усиление болей, сопровождающееся гиперемией суставов. В течение последнего месяца усилились боли в суставах кистей, в том числе ночные, уменьшился объем движений, увеличилась длительность скованности.

Из истории жизни: живет в деревне, в доме с печным отоплением; более 50 лет работала дояркой.

Объективно:

Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отеков нет. При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничных позвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы над II-III проксимальными межфаланговыми суставами справа гиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания, объем активных движений ограничен. I плюснефаланговые суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации – болезненность. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб -130 г/л, эр. -  $4,2 \times 10^{12}$  /л, ЦП - 1,0, лейкоц. -  $8,3 \times 10^9$  /л, э - 4%, п/я - 6%, с/я - 51%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час.

2. Креатинин - 0,012 ммоль/л, АСТ - 0,13 ммоль/л, АЛТ - 0,16 ммоль/л, холестерин - 8,3 ммоль/л, общий белок - 82 г/л.

3. На рентгенограмме коленных суставов, кистей с захватом лучезапястных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

Задания

- 1) Установить предварительный клинический диагноз.
- 2) Обосновать диагноз.
- 3) Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.
- 4) Определить тактику ведения пациента.
- 5) Составить план диспансерного наблюдения пациента.

### Последовательность действий студента

**Этап 1.** Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.

**Этап 2.** Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

По условию задачи было установлено, что пациентка длительно страдает суставным синдромом. На основании данных задачи, жалоб, данных объективного осмотра, дополнительных методов исследования были выделены следующие синдромы:

**Суставной синдром по типу артроза** (жалобы на выраженные боли в мелких суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника при незначительной физической нагрузке, в ночные часы, утреннюю скованность в течение 30 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений. При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничных позвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы над II-III проксимальными межфаланговыми суставами справа гиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания, объем активных движений ограничен).

Таким образом сформулирован предварительный клинический диагноз:

Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов), суставов позвоночника. Синовит проксимальных межфаланговых суставов. НФС 2.

Необходимым действием является в ограниченное время провести осмотр больного в условиях поликлиники, составить план до-

полнительного обследования, интерпретировать полученные результаты, составить план лечебных и профилактических мероприятий, определить условия для направления на МСЭ.

**Этап 3.** Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.

Из основного раздела может понадобиться материал по сбору информации о пациенте, лечебно-диагностических возможностях обследования и лечения пациентов с заболеваниями суставов в условиях поликлиники. Принципы подбора медикаментозной терапии. Временная нетрудоспособность ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности.

**Этап 4.** Из других разделов может понадобиться материал по дифференциальной диагностике со вторичными заболеваниями суставов. Для этого необходимо знать алгоритм дополнительного обследования, определять показания для УЗИ исследования суставов, МРТ суставов. Уметь проводить дифференциальную диагностику поражения суставов -исключение вторичного поражения суставов, дифференцировка хронического посттравматического поражения суставных поверхностей.

**Этап 5.** Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.

Алгоритм обследования данного пациента.

Пациенту рекомендовано: лабораторное дообследование- развернутый ОАК с лейкоцитарной формулой. Биохимический анализ крови: электролиты, СКФ, креатинин, общий белок, СРБ, мочевая кислота, фибриноген, липидный спектр. Инструментальная диагностика: УЗИ суставов кистей, ЭКГ.

**Этап 6.** Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

Пациентка взята на Д-учет с целью наблюдения и лечения в амбулаторных условиях в терапевтическом отделении. Прогноз трудовой сомнительный, в ЛН не нуждается. Необходимо продолжить лечение и наблюдение в следующем объеме: основные направления терапии- хондропротекторы, НПВС по потребности с оценкой риска желудочно-кишечных кровотечений, ЛФК, локальная терапия. Состояние усугубляется проявлением защитной реакции в связи с болевым синдромом и результат развивающихся мышечных контрактур. Значительное ограничение подвижности – следствие суставных девиаций, деформаций и анкилозов. Факторами риска послужили- избыточная масса тела, тяжелый физический труд в течение жизни.

**Тактика ведения пациента.**

По тяжести состояния рекомендовано амбулаторное лечение с целью купирования обострения суставного синдрома.

Лечение остеоартроза: хондропротекторы, НПВС, физиотерапия, ЛФК.

**На этапе диспансерного наблюдения:**

Пациенту «Д» наблюдение 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год и при ухудшении.

Через 6 месяцев регулярной терапии (хондроитин сульфат 250 мг по 1 таб 3 раза в день в течение 3 мес, нимесулид 100 мг по потребности, физиотерапия). Контроль лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, БХ анализ крови- СКФ, креатинин, электролиты, СРБ, АСТ, АЛТ, липидный спектр.

Немедикаментозные методы профилактики прогрессирования- снижение массы тела. Осмотр специалистами- хирург.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

**Задача №1**

После длительной ходьбы у больного 47 лет с избыточным весом тела появились боли в коленных суставах, боли носят постоянный характер, усиливающиеся при нагрузке. Коленные суставы отечны, горячие наощупь, гиперемии нет. Температура тела нормальная, показатели крови не изменены. На рентгенограмме коленных суставов подхрящевой остеоэроз, межсуставная щель сужена умеренно.

1) Ваш диагноз?

2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

3) Назовите факторы риска остеоартроза у пациента.

4) Как купировать явления синовита?

5) Базисная терапия остеоартроза?

**Задача №2**

Больную 62 лет последние 2 года беспокоят боли в коленных суставах, больше в правом, возникающие при ходьбе, усиливающиеся при спуске по лестнице. При осмотре правый коленный сустав несколько увеличен в размере за счет выпота. Кожа над ним теплее, чем над левым суставом.

1) Поставьте диагноз.

2) Назначьте дополнительные исследования

3) Какая боль характерна для остеоартроза.

4) Какие изменения можно ожидать на рентгенограмме.

5) Выпишите рецепт на целекоксиб

**Задача №3**

Больная 68 лет жалуется на боли преимущественно в межфаланговых суставах рук, коленных, особенно при изменении атмосферного давления и после нагрузки, периодически бывает небольшая припухлость этих суставов. Заболела 10 лет назад, температура всегда была нормальная. У матери болели суставы в пожилом возрасте. Объективно: тучная женщина. Межфаланговые суставы рук деформированы за счет костных образований, болезненны при движении. Хруст при движении в коленных суставах, по меди-

альной поверхности левого коленного сустава -гиперемия и болезненность при пальпации. Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, выраженные остеофиты. Анализ крови: Л- 6,2\*10/л, СОЭ 12 мм/ч, СРБ +, РФ отр.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Как называются описанные изменения в межфаланговых суставах кистей?
- 3) С чем следует провести дифференциальный диагноз?
- 4) Факторы риска заболевания у данной больной?
- 5) Выпишите рецепт на мелоксикам.

#### **4. Задания для групповой работы**

Ролевая игра, пациентка на приеме, врач-терапевт участковый, врач-рентгенолог, врач-ревматолог.

Больная 53 лет жалуется на боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре: плотные, симметричные, узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При рентгенографии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

#### **Вопросы по теме:**

1. Клинические проявления ОА в пожилом возрасте.
2. Перечислить болезнь-модифицирующие препараты длительного действия для ОА.
3. Показания к оперативному лечению больных ОА.
4. Первичная и вторичная профилактика ОА.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания**

Выберите один вариант ответа:

1. При остеоартрозе наиболее часто поражаются суставы

- А) коленные
- Б) лучезапястные
- В) челюстно-лицевые
- Г) пястно-фаланговые

2. В этиологии первичного остеоартроза важное значение имеет

- А) генетический фактор
- Б) реактивный артрит в анамнезе
- В) гиперурикемия
- Г) травма сустава

3. Узелки БУШАРА являются проявлением остеоартроза

- А) проксимальных межфаланговых суставов кисти
- Б) дистальных межфаланговых суставов кисти
- В) первого плюснефалангового сустава
- Г) локтевого сустава

4. При лечении пациента первичным остеоартрозом из нижеперечисленных препаратов следует использовать

- А) хондроитинсульфат
- Б) аллопуринол
- В) колхицин
- Г) Д-пеницилламин

5. К препаратам замедленного модифицирующего действия в лечении остеоартроза относят

- А) хондропротекторы
- Б) глюкокортикостероиды
- В) нестероидные противовоспалительные препараты
- Г) цитостатики

6. Для остеоартроза не характерно

- А) скованность в движениях утром в течение 120 минут
- Б) деформация суставов
- В) механический тип болей
- Г) ограничение подвижности суставов

7. Рентгенологическими признаками остеоартроза являются

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

8. Для рентгенологической картины остеоартроза характерно

- А) остеофитоз
- Б) множественные эрозии суставных поверхностей

- В) остеопороз  
Г) симптом «пробойника»

9. Характерные рентгенологические признаки остеоартроза

- А) субхондральный склероз и остеофиты  
Б) эрозии  
В) кистовидные просветления  
Г) остеолит

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

**Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.



9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
  10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
  11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
  12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
- и другие клинические рекомендации.

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

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

**Раздел 7: Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения.**

**Тема 7.3: Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной диспепсией в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности**

**Цель:** Закрепление знаний и умений студентов по тактике ведения пациентов с кислотозависимыми заболеваниями в практике врача-терапевта участкового

**Задачи:**

1. Изучить этапы диагностического поиска пациентов с патологией ЖКТ.
2. Обучить проведению дифференциальной диагностики и выбору рациональной терапии.
3. Обучить проведению дифференциальной диагностики и выбору рациональной терапии.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при кислотозависимых заболеваниях, проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- основные этапы этиопатогенеза, клинику, алгоритм, методы диагностики и принципы лечения кислотозависимых заболеваний;
- проведение профилактики кислотозависимых заболеваний.
- методику проведения сбора жалоб, анамнеза и общего осмотра больных с язвенной болезнью желудка и ДПК.
- основные методы исследования заболеваний органов пищеварения
- основные синдромы при язвенной болезни желудка и ДПК.
- принципы дифференциальной диагностики заболеваний органов пищеварения.
- алгоритмы лечения заболеваний органов пищеварения и принципы лекарственной терапии
- неотложную медицинскую помощь больным на догоспитальном этапе;
- санаторно – курортное лечение больных с язвенной болезнью желудка и ДПК.
- проведение диспансерного наблюдения и реабилитации;

**Обучающийся должен уметь:**

- В ограниченное время качественно провести осмотр гастроэнтерологического пациента и выявить основные объективные данные, подтверждающие диагноз, провести дифференциальный диагноз, выявить факторы риска;
- Определить минимум диагностических и инструментальных исследований, необходимых для подтверждения диагноза;
- Назначить лечение. Выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;
- Определить показания для госпитализации больных гастроэнтерологического профиля и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке;
- Правильно оформить документы по экспертизе временной нетрудоспособности;
- Своевременно выявить показания к трудоустройству и правильно его реализовать;
- Дать пациенту рекомендации по первичной профилактике, здоровому образу жизни с учетом состояния его здоровья.

**Обучающийся должен владеть:**

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

## Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

### 1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Клиника язвенной болезни, зависимость ее о локализации язвы.
2. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, эндоскопическая).
3. Дифференциальный диагноз ЯБ (рак желудка, симптоматические язвы).
4. Осложнения язвенной болезни: перфорация, кровотечения, пенетрация, стеноз привратника или ДПК, перигастрит, перидуоденит.
5. Принципы диетической и медикаментозной терапии ЯБ желудка и ДПК. Селективные и местнодействующие препараты в лечении ЯБ.
6. Противорецидивная терапия.
7. Показания к хирургическому лечению.

### 2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор жалоб, осмотр, оформление документации), по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приеме.

#### Решение тестовых заданий: .

- 1). Для язв малой кривизны желудка характерны боли:
  - а) возникающие сразу после еды
  - б) возникающие через 15-60 минут после еды
  - в) поздние (через 2 часа после еды)
  - г) нет четкого ритма
- 2). Нет строгих показаний к эрадикации *H. PYLORI* у больных:
  - а) ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения
  - б) ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период ремиссии
  - в) хроническим холециститом
  - г) атрофическим гастритом
- 3). При хроническом гастрите ведущим является симптом:
  - а) «голодная боль»
  - б) диарея
  - в) запоры
  - г) желудочная диспепсия
- 4). Возраст, при котором чаще встречается хронический гастрит с выраженной секреторной недостаточностью:
  - а) юношеский
  - б) средний
  - в) молодой
  - г) пожилой
- 5). Метод, позволяющий наиболее достоверно верифицировать диагноз хронического гастрита:
  - а) исследование желудочной секреции
  - б) фиброгастроскопия с биопсией
  - в) R-скопия желудка
  - г) УЗИ
- 6). Не является средством воздействия на *H. PYLORI*:
  - а) метронидазол
  - б) альмагель
  - в) ампициллин
  - г) де-нол
- 7). В дифференциальной диагностике хронического гастрита и рака желудка наиболее достоверным является:
  - а) R-скопия желудка
  - б) исследование желудочной секреции
  - в) гастроскопия
  - г) цитологическое исследование промывных вод желудка
- 8). Ведущий симптом ЯБ двенадцатиперстной кишки в период обострения
  - а) боль после еды
  - б) голодная боль
  - в) тошнота
  - г) отрыжка воздухом
- 9). Рвота при ЯБ двенадцатиперстной кишки:
  - а) приносит облегчение
  - б) не приносит облегчения
- 10). Достоверный рентгенологический признак обострения язвенной болезни:
  - а) симптом «ниши»
  - б) деформация 12-ти перстной кишки
  - в) спазм привратника

### 3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач:

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Больной 35 лет, директор фирмы, жалуется на сильные боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после еды, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, раздражительность, быструю утомляемость. Appetit сохранен, но из-за болей боится принимать пищу. Болен около месяца. Наследственность по язвенной болезни отягощена: у отца и брата язва желудка. Много курит, питается нерегулярно из-за частых командировок.</p> <p>При осмотре: нормостеник. АД 110 и 60 мм Hг. ЧСС 70 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена.</p> <p>Клинический анализ крови: эритроциты- 4,6x10<sup>12</sup>/л., гемоглобин- 150 г/л., СОЭ- 5 мм/час, лейкоциты – 4,0x10<sup>9</sup>/л. ФГДС: в средней трети тела желудка по большой кривизне обнаружена язва 0,8 см в диаметре, дно покрыто фибрином. Выявлен H. Pylori.</p>
<b>Предварительный диагноз.</b>
1. Язвенная болезнь. Язва тела желудка (ассоциированная с H. pylori.), впервые выявленная
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен не точно. Не определена степень тяжести заболевания, не распознана сопутствующая патология.
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз. Назовите факторы риска.</b>
Основной диагноз поставлен на основании характерной клинической картины и данных ФГДС. Факторы риска – наследственность, стрессы, неправильное питание, курение.
<b>2 балла:</b> Диагноз обоснован верно. Выявлены факторы риска.
<b>1 балл:</b> Диагноз обоснован не полностью.
<b>0 баллов:</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в амбулаторных условиях.</b>
ОАК, ОАМ, копрограмма. Биохимич. анализ крови. ФГДС, УЗИ брюшной полости.
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл:</b> Дополнительные обоснования назначения назначены не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Показания к госпитализации.</b>
Больному необходима госпитализация. Эрадикационная терапия: Рабепразол 20 мг x 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг x 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг x 2 раза в день. Курс лечения - 10 дней
<b>2 балла:</b> Тактика ведения грамотная, обоснованная.
<b>1 балл:</b> План ведения сформулирован не полностью. Не отмечены показания для госпитализации
<b>0 баллов:</b> Ответ неверный
<b>ЭВН. Диспансерное наблюдение пациента.</b>
Больной временно нетрудоспособен, лечение в условиях стационара. Продолжительность ВН 20-30 дней. После окончания курса эрадикационной терапии продолжить прием одного из антисекреторных препаратов. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с 2-х недельным интервалом (ч/з 2, 4, 6, 8 недель) контроль эффективности эрадикации НР не раньше 4-х недель после отмены препаратов. Наблюдение гастроэнтеролога (терапевта) после купирования обострения — 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3-6 месяцев. Проводится активное противорецидивное лечение весной и осенью. Санаторно-курортное лечение показано только в стадии стойкой ремиссии в условиях Ессентуков, Пятигорска, Железноводска, Старой Руссы. Снятие с учета производится не ранее чем через 3 года при отсутствии обострений.
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

#### **Задача 1.**

Больная М., 35 лет, учитель школы. Обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на изжогу, отрыжку, болезненное и затрудненное прохождение пищи, боли в эпигастральной области, снижение работоспособности и слабость.

Перечисленные жалобы возникают чаще после обильного приема пищи, при наклонах и в горизонтальном положении, прекращаются при приеме маалокса (антацида) или после глотка воды.

Больной проведено эндоскопическое исследование; обнаружено: гиперемия и рыхлость слизистой оболочки нижней трети пищевода, наличие экссудата и желудочного содержимого в пищеводе. По другим органам без патологии.

#### **Задача № 2**

В связи с внезапным возникновением головокружения мужчина 65 лет обратился в поликлинику. Периодически больной отмечает боли в эпигастральной области, изжогу. Курит 2 пачки в день. В последние 2 дня неоднократно отмечает чёрный жидкий стул. Несколько лет назад при обследовании находили язву желудка. При объективном обследовании: Кожа и слизистые оболочки бледные. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс – 110уд. в мин., пульс ослабленного наполнения. Живот несколько напряжен в области эпигастрия, там же отмечается болезненность. Печень и селезёнка не увеличены. В анализе крови: эритроциты - 2,9\*10<sup>12</sup>/л, нв - 90 г/л, лейкоциты - 7,2\*10<sup>9</sup>/л, - н – 4%, с – 68%, л – 22%, м – 6%, СОЭ -

20 мм/час.

#### 4.Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы по теме:**

1. Современная эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний;
2. Этапы оказания гастроэнтерологической помощи в амбулаторных условиях;
3. Особенности работы врача - гастроэнтеролога в поликлинике и преемственность работы с участковым врачом;
4. Использование внестационарных технологий лечения у гастроэнтерологического контингента больных.
5. ГЭРБ. Тактика ведения в поликлинике. МСЭ.Диспансеризация. Профилактика;
6. ЯБ. Стандарт первичного обследования. Цель и методика лечения. Диспансеризация. Профилактика;
7. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных гастроэнтерологического профиля;
8. Показания к экстренной и плановой госпитализации гастроэнтерологического контингента больных;
9. Особенности течения ГЭРБ, язвенной болезни желудка у подростков, в пожилом и старческом возрасте.
10. Санаторно-курортное лечение. Сроки временной нетрудоспособности, критерии ее длительности. Трудоустройство. Меры профилактики.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания:**

- 1). На развитие пенетрации при язвенной болезни указывает симптом:
  - а) усиление голодных болей
  - б) ночная боль
  - в) изжога
  - г) исчезновение цикличности течения ЯБ двенадцатиперстной кишки
- 2). Заболевание, с которым наиболее часто проводят дифференциальный диагноз при обострении ЯБ с локализацией в кардиальном отделе:
  - а) хронический холецистит
  - б) стенокардия
  - в) пневмония
  - г) плеврит
- 3). Синдром Золлингера-Эллисона обусловлен:
  - а) гиперплазией обкладочных клеток
  - б) опухолью гастринпродуцирующих клеток
  - в) опухолью инсулинпродуцирующих клеток
- 4). Причиной симптоматических язв желудка может быть:
  - а) прием противовоспалительных препаратов
  - б) стресс
  - в) ХНЗЛ
  - г) все вышеперечисленные причины
  - д) ни одна из перечисленных причин
- 5). У больного хроническим атрофическим гастритом вероятность развития рака желудка:
  - а) высокая;
  - б) низкая
- 6). Определите возможную локализацию источника кровотечения: рвота появилась внезапно, рвотные массы цвета «кофейной гущи», реакция рвотных масс кислая:
  - а)пищевод;
  - б) желудок;
  - в) 12-перстная кишка;
  - г) все вышеперечисленные.
- 7). Для синдрома Золлингера – Эллисона характерно:
  - а)множественные язвы желудочно-кишечного тракта;
  - б)повышение секреторной функции желудка;
  - в)наличие гастринпродуцирующей опухоли, происходящей из клеток поджелудочной железы;
- 8). Укажите наиболее распространенные «компоненты» эрадикационной терапии при обнаружении НР:
  - а) де-нол;
  - б) кларитромицин;
  - в) амоксициллин;
  - г) рабепразол;
  - д) все вышеперечисленные.
- 9). Канцерогенные свойства Н. Рuloгу (способность вызывать карциному и лимфому желудка) в настоящее время:

- а) доказаны;
- б) не доказаны.

10). Какой препарат способен наиболее стойко снижать рН желудочного сока?

- а) дротаверин;
- б) альмагель;
- в) эзомепразол

**Решите клинические задачи:**

**Задача 1:**

Больная Н., 45 лет, инженер. Страдает полиостеоартрозом, в связи с этим, длительно и часто применяла НПВП (диклофенак, нимесулид). Курит в течение десяти лет. В последние полгода после приема НПВ-препаратов стала жаловаться на боли в эпигастральной области, отрыжку после приема пищи, ощущение кома в горле при глотании, запоры, слабость.

При проведении комплексного обследования патологии не выявлено. Однако, при фиброгастро-скопии – слизистая нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка гиперимирована, отечна, с воспалительным экссудатом.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения. Решите вопрос о трудоспособности больного.
3. Диспансерное наблюдение. Вторичная профилактика.

**Задача 2:**

Больная М., 35 лет, учитель школы. Обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на изжогу, отрыжку, болезненное и затрудненное прохождение пищи, боли в эпигастральной области, снижение работоспособности и слабость.

Перечисленные жалобы возникают чаще после обильного приема пищи, при наклонах и в гори-зонтальном положении, прекращаются при приеме маалокса (антацида) или после глотка воды.

Больной проведено эндоскопическое исследование; обнаружено: гиперемия и рыхлость слизистой оболочки нижней трети пищевода, наличие экссудата и желудочного содержимого в пищеводе. По другим органам без патологии.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения. Решите вопрос о трудоспособности больного.
3. Диспансерное наблюдение. Профилактика

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

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

#### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

#### **Тема 7.4: Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями кишечника в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.**

**Цель занятия:** углубление и закрепление знаний и умений студентов по ведению пациентов с заболеваниями кишечника в практике врача терапевта участкового

#### **Задачи:**

1. Обучение студентов симптомологии и синдромологии при заболеваниях кишечника;
2. умение выработать оптимальную схему диагностического поиска, плана лечения пациентов с заболеваниями кишечника на догоспитальном этапе;
3. Ознакомить с методикой диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями кишечника;
4. Сформировать практические навыки экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности;
5. Научить оценке контроля качества оказания лечебной и профилактической помощи;
6. Научить составлению рекомендаций по первичной и вторичной профилактике заболеваний кишечника;
7. Углубить знания по экспертизе временной и стойкой утраты трудоспособности;
8. Определять показания к санаторно-курортному лечению.

**Обучающийся должен знать:**

- эпидемиологию, этиологию, патогенез заболеваний кишечника
- современную классификацию заболеваний кишечника.
- клинические, лабораторные и инструментальные признаки при заболеваниях кишечника.
- современные методы лечения и профилактики при заболеваниях кишечника
- экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
- показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению

**Обучающийся должен уметь:**

- выявить и правильно оценить симптомы заболеваний кишечника, интерпретировать результаты инструментального обследования, определить лечебную тактику;
- оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе пациентам с заболеваниями кишечника
- выявить и правильно оценить симптомы при НЯК и БК, интерпретировать результаты инструментального обследования, определить лечебную тактику;
- оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе пациентам при НЯК и БК
- определить факт временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
- определить показания к установлению группы инвалидности и составить индивидуальную программу реабилитации;
- оформить соответствующую документацию по экспертизе трудоспособности;
- организовать диспансерное наблюдение за пациентами.

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:****1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Понятие функциональные заболевания кишечника.
2. Этиология, патогенез дискинезии кишечника, БК, НЯК
3. Клиническая картина синдрома раздраженной толстой кишки, БК, НЯК и объем обследования больных этой группы.
4. Принципы лечения дискинезии кишечника, БК, НЯК, дисбактериоза
5. Первичная и вторичная профилактика функциональных заболеваний кишечника.
6. Санаторно-курортное лечение при заболеваниях кишечника.
7. Диспансерное наблюдение больных с заболеваниями кишечника.
8. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях кишечника.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (обследование пациентов, оформление медицинской документации, интерпретация результатов исследования), назначение лечения по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приёме.

**Решите тестовые задания:**

- 1). Всасывающую способность тонкой кишки обеспечивают:
  - а) Микроворсинки слизистой
  - б) Бруннеровы железы
  - в) Обкладочные клетки
  - г) Кишечная микрофлора
  - д) Кишечные энтерокиназы
- 2). Понос при хроническом энтерите отличается:
  - а) Тенезмами
  - б) Кашицеобразным обильным стулом
  - в) Скудным количеством кала со слизью
  - г) Резкими позывами на дефекацию сразу после еды
  - д) Меленой
- 3). Рецидивирующие схваткообразные боли, в основном в левом квадранте живота, выделение при этом слизи характерны для:
  - а) Хронического колита
  - б) Хронического энтерита
  - в) Синдрома раздраженного кишечника
  - г) Язвенной болезни желудка
  - д) Всех перечисленных заболеваний
- 4). Симптом, не характерный для бродильной диспепсии:
  - а) Вздутие и распирание живота
  - б) Ухудшение после приема пищи, богатой белком.
  - в) Схваткообразные боли, прекращающиеся после отхождения газов.
  - г) Выраженный понос.
  - д) Все вышеперечисленное
- 5). Рентгенологические изменения при хроническом энтерите:
  - а) Усиление моторики. Симптом флюктуации
  - б) Ассиметричные спазмы кишечника
  - в) Дефект наполнения

- г) Синдром Пейтса-Джигерса  
д) Все вышеперечисленное

6). Метод исследования, наиболее информативный в диагностике хронического колита: исследования, наиболее информативный в диагностике хронического колита:

- а) Иригография  
б) Исследование пищеварительных ферментов  
в) Колоноскопия  
г) Дуоденография в условиях гипотонии

7). Лечение больных СРК должно включать:

- а) Методы психосоциальной адаптации  
б) Диетотерапию  
в) Медикаментозную терапию  
г) Санаторно-курортное лечение  
д) Все перечисленное

8). СРК – это патологическое состояние, сопровождающееся:

- а) Функциональными нарушениями  
б) Метеоризмом  
в) Болями в животе  
г) Изменениями характера стула  
д) Все перечисленное верно

9). Ведущим фактором в этиологии дискинезии толстой кишки является:

- а) Психоэмоциональные нагрузки  
б) Неврогенные расстройства  
в) Недостаток балластных веществ в диете  
г) Изменение активности эндокринных желез  
д) Все указанное верно

10). Наиболее частые причины моторной дискинезии:

- а) Сальмонеллез  
б) Синдром мальабсорбции  
в) Болезнь Крона  
г) Синдром раздраженного кишечника.  
д) Хронический гепатит

11). К методам немедикаментозного лечения хронического запора относится все, кроме:

- а) Нормализация психоэмоционального статуса  
б) Физические тренировки  
в) Употребление пищи, богатой белком  
г) Употребление пищи, богатой волокнами

12) Жалоба, наиболее характерная для функциональных расстройств кишечника:

- а) Ночная диарея  
б) Острая боль в животе  
в) Изменение диаметра стула  
г) Чередование периодов запора и диареи  
д) Верны пп. 1 и 3

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Привести задачу с разбором.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

#### Задача 1.

Больная М., 35 лет, учитель школы.

После значительного нервно-психического напряжения обратилась к участковому терапевту с жалобами на схваткообразные боли в животе, чередование запоров и поносов, вздутие живота (метеоризм), наличие слизи в кале. При тщательном обследовании больной – исключены заболевания желудка и кишечника.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести
3. Решите вопрос о трудоспособности больного.
4. План ведения. Диспансерное наблюдение.

#### Задача 2

Больной Д., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на жидкий стул до 10-12 раз в сутки с примесью крови, резкие позывы к дефекации в ночное время, коликообразные боли в нижних и боковых отделах живота, которые усиливаются при движениях и



дефекации. Объективно: пониженного питания, при пальпации живота определяется выраженная болезненность в левой подвздошной области и зоне проекции поперечно-ободочной кишки, афтозные язвы слизистой оболочки ротовой полости и языка, узловатая эритема, конъюнктивит. Лихорадка до 38 С.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз? Дифференциальный диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести
3. Решите вопрос о трудоспособности больного
4. План ведения. Диспансерное наблюдение

#### 4.Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### Вопросы по теме:

1. Этиология и патогенез органических и неорганических поражений тонкого и толстого кишечника.
2. Этиология и патогенез хронического энтерита, дать определение, классификацию;
3. Клиника, основные синдромы и заболевания (мальабсорбции и мальдигестии, экссудативной энтеропатии, глютенковой энтеропатии, аллергической энтеропатии, лактазной недостаточности как проявления энзимопатии тонкой кишки, кишечной диспепсии, дискинезии)
4. Принципы диагностики (лабораторные: электролиты крови, витаминный состав, рН крови инструментальные)
5. Программу лечения, включающую диеты, медикаментозное лечение (про-, пре- и синбиотики, ферментные препараты и заместительная терапия, сорбенты, нормализаторы моторики), санаторно-курортное лечение.
6. Определение, этиологию и патогенез хронического колита
7. Клинические проявления неспецифического язвенного колита, болезни Крона, а также критерии синдрома раздражённой кишки. Классификации этих заболеваний
8. Методы инструментальной и лабораторной диагностики: ректороманоскопия с биопсией слизистой, колоноскопия; лабораторные исследования копрограмм, посевы кала, реакцию Грегерсена, исследование на дисбиоз кишечника, биохимические и иммунологические анализы крови)
9. Принципы диеты и программ лечения неспецифического язвенного колита, болезни Крона, СРК .
10. Основные группы и характеристики препаратов, применяемых для терапии неспецифического язвенного колита, болезни Крона, СРК, биопрепаратов для восстановления нормальной микрофлоры.
11. Санаторно-курортное лечение. Сроки временной нетрудоспособности, критерии ее длительности. Трудоустройство. Меры профилактики.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### Тестовые задания:

- 1). Какие из перечисленных состояний являются функциональными заболеваниями кишечника:  
а) спастический колит,  
б) синдром раздраженной толстой кишки,  
в) все вышеперечисленные.
- 2). Причиной дискинезий являются:  
а) психическое перенапряжение,  
б) кишечные инфекции,  
в) опухоли,  
г) язвенный колит.
- 3). Причиной дисбактериозов могут быть:  
а) инфекционные заболевания,  
б) неполноценное питание,  
в) применение антибиотиков,  
г) рентгенотерапия,  
д) хирургические вмешательства,  
е) все вышеперечисленные.
- 4). Диагноз синдрома раздраженной толстой кишки может быть достоверным, если имеются следующие симптомы:  
а) возраст 20-40 лет,

- б) вздутие живота или чувство его перерастяжения,
- в) боли в животе,
- г) нарушение стула (чередование запоров с поносами),
- д) изменение формы кала (комковатый, овечий),
- е) все вышеперечисленные.

5). Наиболее часто дифференциальную диагностику дискинезий кишечника необходимо проводить с:

- а) раком желудка,
- б) спаечной болезнью,
- в) хроническим энтероколитом,
- г) болезнью Крона.

6). Курс лечения эубиотиками длится:

- а) 7-10 дней,
- б) 21-28 дней,
- в) 1-2 месяца.

7). Санаторно-курортное лечение дисбактериозов проводят на:

- а) климатических курортах,
- б) бальнеологических курортах,
- в) грязевых курортах.

8). Сроки временной утраты трудоспособности при дисбактериозах составляют:

- а) 5-6 дней,
- б) 7-10 дней,
- в) 10-14 дней.

9). Диспансеризацией лиц с дисбактериозами в поликлинике занимается:

- а) врач гастроэнтеролог,
- б) хирург поликлиники,
- в) участковый врач-терапевт.

10). Базисными препаратами для лечения дисбактериозов являются:

- а) антибиотики тетрациклинового ряда,
- б) эубиотики и антисептики,
- в) ферментные препараты,
- г) иммуностимуляторы.

#### Решите клинические задачи:

##### Задача 1

Больная С., 45 лет предъявляет жалобы на чередование запоров и поносов, вздутие живота, боли в животе при акте дефекации, ощущение приливов, отсутствие менструаций. Приступы провоцируются психоэмоциональным напряжением. Кал с примесью слизи. Больная замкнута, депрессивна. Живот мягкий, при пальпации чувствительный по ходу толстого кишечника.

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Консультации каких специалистов необходимы данной пациентке?
4. План дальнейшего ведения. Диспансерное наблюдение.

##### Задача 2

Больной К., 68 лет, обратился с жалобами на боли в нижних отделах живота спастического характера, запоры. При физикальном осмотре отклонений не обнаружено. Температура тела нормальная. Анализ кала на скрытую кровь отрицательный. В общем анализе крови отклонений от нормы нет. При ирригоскопии выявлено наличие множественных дивертикулов в сигмовидной и нисходящей ободочной кишке.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие другие методы инструментального и лабораторного обследования необходимы данному пациенту?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Рекомендации по диете?
5. План дальнейшего ведения. Диспансерное наблюдение

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

## Дополнительная литература

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

### Клинические рекомендации, методические рекомендации

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
- 5) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 6) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 7) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 8) Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
- 9) Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- 10) Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
- 11) Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
- 12) Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

### **Тема 7.5: Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в практике врача терапевта участкового. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.**

**Цель занятия:** углубление и закрепление знаний и умений, направленных на оказание помощи пациентам с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в практике врача терапевта участкового

**Задачи:**

1. Обучение студентов симптомологии и синдромологии при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы;
2. умение выработать оптимальную схему диагностического поиска, плана лечения пациентов с заболеваниями кишечника на догоспитальном этапе;
3. Ознакомить с методикой диспансерного наблюдения этих пациентов;
4. Сформировать практические навыки экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности;
5. Научить оценке контроля качества оказания лечебной и профилактической помощи;
6. Научить составлению рекомендаций по первичной и вторичной профилактике;
7. Углубить знания по экспертизе временной и стойкой утраты трудоспособности;
8. Определять показания к санаторно-курортному лечению.

**Обучающийся должен знать:**

- Эпидемиологию, этиологию, патогенез заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.
- Современную классификацию заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.
- Клинические, лабораторные и инструментальные признаки при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.
- Современные методы лечения и профилактики при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы
- Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
- Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению

**Обучающийся должен уметь:**

- Выявить и правильно оценить симптомы заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы, интерпретировать результаты инструментального обследования, определить лечебную тактику;
- Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе таким пациентам;
- Определить факт временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
- Определить показания к установлению группы инвалидности и составить индивидуальную программу реабилитации;
- Оформить соответствующую документацию по экспертизе трудоспособности;
- Организовать диспансерное наблюдение за пациентами.

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Дать определение хроническому холециститу, желчекаменной болезни, постхолецистэктомическому синдрому (ПХЭС).
2. Укажите основные этиологические факторы хронического холецистита.
3. Укажите основные звенья патогенеза хронического холецистита, желчекаменной болезни.
4. Перечислите ведущие симптомы хронического холецистита.
5. Методика постановки диагноза, дифференциального диагноза, осложнений при холецистите, ЖКБ, ПХЭС.
6. В чем заключается первичная профилактика заболеваний данной группы? Выделить факторы риска.
7. Определите основные принципы амбулаторного и хирургического лечения холецистита, ЖКБ, ПХЭС.
8. Перечислите показания к выдаче листа нетрудоспособности и сроки нетрудоспособности при обострении хронического холецистита, ЖКБ, ПХЭС.
9. Как осуществляется диспансеризация больных данной группы заболеваний.
10. В чем заключается рациональное трудоустройство больных?
11. Показания к санаторно-курортному лечению пациентов с хроническим холециститом, ЖКБ, ПХЭС.

12. Клиника острого и хронического панкреатита.

13. Критерии диагноза;

14. Лечение панкреатита и его осложнений.

15. Диспансерное наблюдение больных с заболеваниями гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

16. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

## 2. Практическая работа.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр, обследование, заполнение документации), по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приеме.

### Решение тестовых заданий:

1. Выберите все правильные ответы.

Особенностью сахарного диабета, развившегося на фоне хронического панкреатита являются:

- а) частые гипогликемии на фоне введения инсулина; #
- б) склонность к возникновению кетоацидоза;
- в) редкое и позднее возникновение ангиопатий; #
- г) необходимость больших доз инсулина для коррекции

2. Выберите один правильный ответ.

Наиболее информативным методом диагностики онкопатологии поджелудочной железы является:

- а) рентгенологический;
- б) ультразвуковой;
- в) биохимический;
- г) компьютерная томография. \*

3. Выберите один правильный ответ.

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно

- а) копрологическое исследование\*
- б) ректороманоскопия
- в) биохимическое исследование крови
- г) рентгенологические данные

4. Выберите один правильный ответ.

Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулируют:

- а) соматостатин
- б) секретин#
- в) гастрин
- г) холецистокинин #

5. Выберите один правильный ответ.

Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является:

- а) развитие сахарного диабета
- б) снижение функции внешней секреции \*
- в) повышение билирубина
- г) повышение активности аминотрансфераз

6. Выберите все правильные ответы.

Больному хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью для лечения показаны:

- а) ферментные препараты#
- б) антациды
- в) гепатопротекторы

г) аглютенная диета #

7. Выберите один правильный ответ.

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

- а) синдроме раздраженной кишки \*
- б) ахлоргидрии
- в) истерии
- г) гранулематозном колите

8. Выберите один правильный ответ.

Стеаторея характерна для:

- а) хронического панкреатита\*
- б) болезни Крона
- в) ишемического колита
- г) синдрома раздраженной кишки

9. Выберите один правильный ответ.

Основным местом всасывания витамина В<sub>12</sub> является:

- а) желудок
- б) ДПК
- в) проксимальный отдел тощей кишки
- г) подвздошная кишка, дистальный отдел\*

10. Выберите один правильный ответ.

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

- а) синдроме раздраженной кишки\*
- б) ахлоргидрии
- в) хроническом панкреатите
- г) глютенной энтеропатии

### 3. Решить ситуационные задачи:

1) Алгоритм разбора задач:

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

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

#### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

Мужчина 50 лет, водитель, обратился в поликлинику самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – приём острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

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

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8

мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, многоочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.
<b>Предварительный диагноз.</b>
Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен не точно. Не определена степень тяжести заболевания, не распознана сопутствующая патология.
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз.</b>
Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мацеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Ношпы»), злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастриальной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).
Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову $10 \times 9 \times 8$ см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями).
Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь $75 \times 35$ мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.
<b>2 балла:</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз обоснован не полностью.
<b>0 баллов:</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Показания к госпитализации.</b>
Больного необходимо госпитализировать. Дополнительно рекомендуется проведение биохимического анализа крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, щелочная фосфатаза. Онкомаркеры - РЭА, альфа- фетопротеин (исключение гепатоцеллюлярной карциномы) Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Консультация врача-хирурга. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки)
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл:</b> Дополнительные обоснования назначены не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>2 балла:</b> Тактика ведения грамотная, обоснованная.
<b>1 балл:</b> План ведения сформулирован не полностью. Не отмечены показания для госпитализации
<b>0 баллов:</b> Ответ неверный
<b>Проведите дифференциальный диагноз</b>
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приёмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, $\beta$ -липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).
<b>2 балла.</b> Дифференциальный диагноз проведён в полном объёме
<b>1 балл.</b> Дифференциальный диагноз проведёт лишь с одним заболеванием
<b>0 баллов.</b> Дифференциальный диагноз не проведен.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

**Задача 1.**

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объёме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звёздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объёме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рёберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры -  $13 \times 11 \times 6$  см. Увеличены перкуторные размеры селезенки  $17 \times 12$  см.

**Вопросы к задаче:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациента.

#### **Задача 2**

Женщина 46 лет, кондитер, обратилась на прием с жалобами на боли в верхней половине живота, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, учащение стула до 3-4 раз в сутки. Каловые массы неоформленные, большого объема, с неприятным запахом, плохо смывающиеся.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком. На коже груди и живота «красные капельки» не исчезающие при надавливании. Язык обложен желтым налетом, влажный, живот умеренно вздут, болезнен в левой верхней половине живота и подложечной области.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациента.

#### **4. Задания для групповой работы**

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

#### **Вопросы по теме:**

1. Современная эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний.
2. Этапы оказания гастроэнтерологической помощи в амбулаторных условиях.
3. Особенности работы врача-гастроэнтеролога в поликлинике и преемственность работы с участковым врачом.
4. Острый и хронический гепатит. Первичное обследование. Обязанности врача и пациента. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
5. Желчно-каменная болезнь; болезни, возникающая после холецистэктомии. Диспансерное наблюдение. Показания к оперативному лечению. МСЭ. Профилактика осложнений.
6. Хронический панкреатит. Первичные обследования. Обязанности врача и пациента. Диспансеризация. МСЭ.
7. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных гастроэнтерологического профиля.
8. Показания к экстренной и плановой госпитализации гастроэнтерологического контингента больных.
9. Особенности течения заболеваний ЖКТ у подростков, в пожилом и старческом возрасте.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания:**

1. Сочетание уробилиногенурии с билирубинурией характерно для:

- А) надпеченочной желтухи;
  - Б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
  - В) печеночной желтухи;
  - Г) застойной почки;
  - Д) инфаркта почки.
- Ответ: (В)

2. Выраженная билирубинурия характерна для:

- А) подпеченочной желтухи;
  - Б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
  - В) почечно-каменной болезни;
  - Г) застойной почки;
  - Д) хронического нефрита.
- Ответ: (А)

3. Транзиторная лейкопения не возникает при:

1. лучевого воздействия с терапевтической целью;
2. длительном приеме лекарственных средств;
3. алиментарной недостаточностью;
4. значительной 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.



Ответ: (Г)

4. Внутривенная холецистография является информативным методом диагностики:

1. расширения общего желчного протока;
2. хронического активного гепатита;
3. хронического калькулезного холецистита;
4. хронического панкреатита.

- 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)

5. Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является:

- А.) рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью;  
Б) релаксационная дуоденография;  
В) внутривенная холерафия;  
Г) ретроградная панкреатохолангиография;  
Д) компьютерная томография.

Ответ: (В)

6. При подозрении на рак головки поджелудочной железы с прорастанием общего желчного протока или на опухоль большого дуоденального сосочка (фатерова соска) диагностически значимыми методиками могут быть:

1. внутривенная холерафия;
2. компьютерная томография;
3. ретроградная эндоскопическая; панкреатохолангиография;
4. транспаристальная холангиография.

- 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)

7. Наследственная предрасположенность отмечается при следующих гастроэнтерологических заболеваниях:

1. язвенной болезни;
2. панкреатите;
3. калькулезном холецистите;
4. хронический 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.

Ответ: (Б)

8. К наследственным формам доброкачественных гипербилирубинемий относят:

1. синдром Криглера-Найяра (Наджара);
2. синдром Ротора;
3. Синдром Дубина (Дабина)-Джонсона
4. постгепатитную гипербилирубинемии Калька.

- 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)

9. Желчный пузырь сокращается под влиянием:

- А) гастрина;  
Б) панкреатического сока;  
В) холецистокинина  
Г) секретина;  
Д) соляной кислоты.

Ответ: (Б)

10. Иммунные механизмы играют роль в патогенезе:

1. первичного билиарного цирроза печени;
2. неспецифического язвенного колита;
3. глютеновой болезни;
4. хронического гастрита.

- 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)

**Решите клинические задачи:**

**Задача 1**

При проведении профосмотра у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак - 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ): удельный вес - 1015, жёлтая, прозрачная, белок - 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты - 1-2 в п/зр, лейкоциты - 3-5 в п/зр, эпителий плоский - 3-5 в поле зрения.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 - 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать - 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец - умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 72 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги.

Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Физиологические отправления в норме.

Вопросы к задаче:

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Консультации каких специалистов необходимы данной пациентке?
4. План дальнейшего ведения. Диспансерное наблюдение.

**Задача 2**

Больной 40 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на выраженные боли в левой половине живота, эпигастральной области, иррадиирующие в левую руку, ключицу, кашицеобразный стул.

Боли возникают после приема жирной, жареной пищи, через 30 минут после еды. Подобные боли появились 4 года назад. Обострения 3-4 раза в год.

К врачам не обращался, лечился самостоятельно.

Вопросы к задаче:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие другие методы инструментального и лабораторного обследования необходимы данному пациенту?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Рекомендации по диете?
5. План дальнейшего ведения. Диспансерное наблюдение

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

**Дополнительная литература**

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

### **Раздел 8: Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы.**

#### **Тема 8.1: Амбулаторное ведение пациентов с гломерулонефритом, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение. Хроническая болезнь почек.**

**Цель занятия:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с патологией почек в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «нефрология».

2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при обострении ХБП, проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- принципы скрининга, диагностики и дифференциальной диагностики ХБП в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с гломерулонефритом врачом-терапевтом участковым,
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- основные подходы к лечению и профилактике (первичной и вторичной) ХБП, принципы нефро- и кардиопротекции;

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента с признаками поражения почек в условиях амбулаторного приема врача-терапевта участкового;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска развития и прогрессирования ХБП;
- определить показания для консультации нефролога, госпитализации;
- составить план ведения пациента в амбулаторных условиях;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

- 1) Тактика ведения пациентов с ХБП в зависимости от её стадии в условиях работы врача-терапевта участкового;
- 2) Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении гломерулонефритов, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- 3) Показания к консультации нефролога, госпитализации;
- 4) Алгоритм экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности;
- 5) Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр, опрос, интерпретация результатов исследований, ведение документации), по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приёме.

**Выполнить тестовые задания:**

1. Выберите один правильный ответ.

Показанием к нефробиопсии является

- а) почечная колика
- б) острый пиелонефрит
- в) нефротический синдром \*
- г) артериальная гипертензия

2. Выберите один правильный ответ.

Причиной снижения диуреза при тяжелом нефротическом синдроме является:

- а) острая задержка мочи
- б) ограничение питьевого режима
- в) гиповолемия \*
- в) резистентность к диуретикам

3. Выберите один правильный ответ.

Причиной нефротического синдрома может быть

- а) острый пиелонефрит
- б) мочекаменная болезнь
- в) кисты почек
- г) амилоидоз почек \*

4. Выберите один правильный ответ.

Нефротоксичным антибактериальным препаратом является

- а) амоксициллин
- б) азитромицин
- в) амикацин \*
- г) цефтриаксон

5. Выберите один правильный ответ.

Признаком снижения азотвыделительной функции почек является повышение в крови уровня

- а) глюкозы
- б) мочевой кислоты
- в) креатинина \*
- г) холестерина

6. Установите соответствие между видом нефропатии и этиологическими факторами

А. Гломерулонефрит	1. Стрептококк
Б. Вторичный (АА-) амилоидоз	2. ВИЧ
В. Острый тубулоинтерстициальный нефрит	3. Вирусы гепатитов В и С
	4. Лептоспиры
	5. Микобактерия (бацилла Коха)

А – 1, 2, 3. Б – 5. В – 4.

7. Установите соответствие между видом поражения почек и лекарственными средствами, которые могут их вызывать

А. Гломерулонефрит	1. Нестероидные противовоспалительные препараты
Б. Острый тубулоинтерстициальный нефрит	2. Анальгетики
В. Хронический тубулоинтерстициальный нефит	3. Аминогликозиды
Г. Острый канальцевый некроз	4. Д-пеницилламин
	5. Антибиотики пенициллинового ряда

А – 4. Б – 1, 2, 5. В – 1, 2. Г – 3.

8. Установите соответствие между клиническим синдромом и его типичными осложнениями

А. Нефротический синдром	1. Метаболический ацидоз
Б. Остронефритический синдром	2. Анемия
В. Хроническая почечная недостаточность	3. Тромбозы вен или артерий
	4. Гиповолемический шок
	5. Острая левожелудочковая недостаточность

А – 3, 4. Б – 5. В – 1, 2.

9. Установите соответствие между видом нефропатии и лекарственными препаратами для её лечения

А. Острый пиелонефрит	1. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
Б. Диабетический гломерулосклероз	2. Антибиотики
В. Гипертонический нефроангиосклероз	3. Статины
Г. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит	4. Глюкокортикостероиды
	5. Цитостатики

А – 2. Б – 1, 3. В – 1, 3. Г – 4, 5.

10. Установите соответствие между типом почечной недостаточности и клиническими признаками:

А. Острая почечная недостаточность	1. Размеры почек увеличены за счет отека паренхимы
Б. Хроническая почечная недостаточность	2. Размеры почек уменьшены
	3. Анемия
	4. Гиперкалиемия
	5. Метаболический ацидоз
	6. Вторичный гиперпаратиреоз

А – 1, 3, 4, 5; Б – 2, 3, 4, 5, 6.

### 3. Решить ситуационные задачи

- Алгоритм разбора задач
  - Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента, экспертиза нетрудоспособности.
  - Диспансерное наблюдение пациента.

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

### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка, 60 лет обратилась в мае 2017 г. к участковому терапевту с жалобами на отеки голеней и стоп, отеки век по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, повышение цифр АД до 160/100 мм.рт.ст., резкую слабость, снижение работоспособности

Считает себя больной в с 2011 г, когда после перенесенной ангины почувствовала боли в поясничной области. Прошла обследование. Был выставлен диагноз гломерулонефрит.

В последующие годы считала себя здоровой, в поликлинику не обращалась. Периодически отмечались подъемы АД до 150-160/100 мм.рт.ст., которые сопровождались тошнотой и болями в затылочной области. Назначенные препараты не принимала. Находится на пенсии, подрабатывает в школе гардеробщицей. В течение последнего месяца стала отмечать снижение трудоспособности, появились отеки, часто стало повышаться АД.

При обследовании: состояние средней степени тяжести. Масса тела 75 кг, рост 165 см. Выраженные отеки ног. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая ротоглотки несколько гиперемирована, миндалины гипертрофированы до 1 степени, признаки хронического тонзиллита. Подчелюстные лимфоузлы 1 см. в диаметре, эластичные, безболезненные. Другие группы лимфоузлов не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=пульс=85 в мин. АД=165/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Неврологический статус без патологических изменений. Стул не изменён. Диурез за прошедшие сутки со слов около 700 мл.

Терапевт cito назначил обследование:

**ОАК:** Эр. –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Гемоглобин 90 г/л; лейкоциты  $10,4 \times 10^9$ /л, СОЭ-26 мм/час.

**ОАМ:** Белок 4,64 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з, цилиндры 1-3 в п/з, эритроциты 10-15 в п/з

**Б/х анализ крови:** общий белок крови - 49 г/л, альбумин крови - 24 г/л, холестерин - 7,2 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л., мочевина 21 мкмоль/л., скорость клубочковой фильтрации (по формуле СКД-ЕП) 39 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

**ЭКГ:** признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

#### Предварительный диагноз.

Хронический гломерулонефрит, активная фаза. Нефротический синдром. ХБП с 3б, А 3. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 степени, гипертрофия левого желудочка, риск очень высокий. ХСН 1ст. ФК 2. Анемия средней степени тяжести. Избыточная масса тела.

Хронический тонзиллит, компенсированная форма.

**2 балла:** Диагноз поставлен верно.

**1 балл:** Диагноз поставлен не полностью. Неверно поставлена стадия ХБП, степень тяжести анемии, стадия, степень ГБ, риск. Не выделены и/или не обоснованы клинические синдромы.

**0 баллов:** Диагноз поставлен неверно.

#### Обоснуйте диагноз.

Диагноз выставлен на основании:

- данных анамнеза: перенесённый в прошлом гломерулонефрит, после которого больная на диспансерном учёте не состояла, анализы не сдавала. Т.е. развился хронический гломерулонефрит с прогрессированием ХБП. Активная фаза (обострение) – т.к. в течение последнего месяца резко ухудшилось состояние больной, появились отеки, снизился диурез, отмечено ухудшение течения АГ.

- наличие нефротического синдрома (выраженные отеки ног, протеинурия 4,64 г/л, гипоальбуминемия (альбумин крови - 24 г/л), гипопротейнемия (общий белок крови - 49 г/л), гиперхолестеринемия -7,2 ммоль/л).

- мочевого синдром (цилиндры 1-3 в п/з, эритроциты 10-15 в п/з).

- синдром хронической почечной недостаточности: течение ХБП несколько лет, креатинин 130 мкмоль/л., мочевина 21 мкмоль/л., скорость клубочковой фильтрации 39 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (ХБП 3б стадии).

- анемический синдром (Эр. –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Гемоглобин 90 г/л), средней степени.

- синдром артериальной гипертензии. (повышение АД до 160/100 – 2 степень)

- синдром поражения миокарда: гипертрофия миокарда левого желудочка (признаки ГЛЖ по ЭКГ).

- Риск очень высокий, т.к. присутствует ХБП 3б ст., гипертрофия ЛЖ, АГ 2 степени. ХСН 1ст., т.к. гемодинамика не нарушена, 2

<p>ФК - незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением.</p> <p>- хронический тонзиллит – при осмотре гиперемия и гипертрофия миндалин, признаки хр.тонзиллита.</p> <p><b>2 балла:</b> Диагноз обоснован верно.</p> <p><b>1 балл:</b> Диагноз обоснован не полностью</p> <p><b>0 баллов:</b> Диагноз обоснован неверно.</p> <p><b>Проведите дифференциальный диагноз.</b></p> <p>Дифференциальный диагноз проводится с миломной болезнью (миеломная почка), гипертоническая нефропатия, амилоидоз почек; острый гломерулонефрит; нефрит при системной красной волчанке; паранеопластический процесс.</p> <p><b>2 балла:</b> Дифференциальный диагноз проведён логично, обоснованно.</p> <p><b>1 балл:</b> Дифференциальный диагноз проведён не достаточно хорошо (названы не все возможные заболевания)</p> <p><b>0 баллов:</b> Дифференциальный диагноз не проведён.</p> <p><b>Определите факторы прогрессирования ХБП у больной.</b></p> <p>Пожилой возраст, наличие очага хронической инфекции (хронический тонзиллит), артериальная гипертензия, высокая протеинурия, избыточная масса тела</p> <p><b>2 балла:</b> Факторы прогрессирования ХБП определены в полном объёме, обоснованы.</p> <p><b>1 балл:</b> Факторы приведены не полностью</p> <p><b>0 баллов:</b> Факторы не названы.</p> <p><b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b></p> <p>Следует отметить, что на амбулаторном этапе необходимо заподозрить ГН и направить пациента в нефрологическое отделение для проведения нефробиопсии и установления окончательного диагноза ГН. Однако при отсутствии или ограниченной возможности проведения биопсии диагноз ГН устанавливается клинически.</p> <p><b>В стационаре</b> проводятся следующие исследования.</p> <p><b>Лабораторные исследования:</b></p> <p>Контроль ОАК, ОАМ. Суточная протеинурия, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Б/х анализ крови: креатинин, мочевины, СКФ, общий белок, альбумины, протромбин, глюкоза, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, билирубин, липидный спектр (общий ХС, ЛПНП, Триглицериды, ЛПВП), электролиты; С-реактивный белок, фибриноген, коагулограмма. Уровень сывороточного железа, Ферритин сыворотки (т.к. может быть дефицит железа). Кал на скрытую кровь.</p> <p><b>Специфические исследования:</b> маркёры вирусных гепатитов В и С (для исключения НВV- и НСV- ассоциированного гломерулонефрита), определение криоглобулинов (исключение криоглобулинемии), АСЛО (т.к. у больной хронический тонзиллит вероятно стрептококковой этиологии); АНЦА (для исключения АНЦА-ассоциированного гломерулонефрита), определение комплемента, ЦИК, Ig A, M, G; для исключения аутоиммунных процессов при необходимости можно назначить антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, LE-клетки.</p> <p><b>Инструментальные исследования:</b></p> <p>СМАД, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КС (по ЭКГ выявлены признаки ГЛЖ, необходимо уточнить наличие и характер ремоделирования миокарда, систолическую и диастолическую функцию), УЗИ почек, мочевыводящих путей, мочевого пузыря (оценка структуры почек, наличия обструкции мочевых путей, опухолевого поражения). УЗИ брюшной полости (оценка состояния органов брюшной полости в т.ч. и для выявления онкологического процесса). ФГДС, колоноскопия. Нефробиопсия.</p> <p><b>Консультации специалистов:</b></p> <p>Консультация офтальмолога (исключение ангиопатии сетчатки), ЛОР-врача в плановом порядке, после выписки из стационара (т.к. у больной хронический тонзиллит).</p> <p>Консультация кардиолога.</p> <p>Консультация гематолога (анемия, решение вопроса о назначении эритропоэтина).</p> <p>Гинеколог.</p> <p><b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p> <p><b>1 балл:</b> План дополнительного обоснования не полностью:</p> <p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.</p> <p><b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования.</p> <p>или</p> <p>Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.</p> <p>или</p> <p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно.</p> <p><b>Тактика ведения пациента.</b> Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данной больной. Обоснуйте свой выбор. Целевые цифры АД.</p> <p><b>Данной пациентке показана экстренная госпитализация в нефрологическое отделение.</b></p> <p>Режим, диета, ограничение соли.</p> <p>В пожилом возрасте имеется высокий риск побочных эффектов стероидной терапии, кроме того с осторожностью стоит назначать высокие дозы глюкокортикоидов и при наличии сердечно-сосудистых заболеваний и выраженной дислипидемии.</p> <p>Лечение будет зависеть от результатов биопсии, изменений почек по данным УЗИ.</p> <p>Пример терапии: Преднизолон 0,3 – 0,5 мг/кг и пульс-терапия циклофосфаном 10мг/кг 1 раз в 4 нед в/в кап (от 6 до 12–14 раз).</p> <p>При достижении полной или частичной ремиссии продолжают лечение в течение не менее шести месяцев с последующим снижением дозы под наблюдением нефролога.</p> <p>Препараты кальция кальцеин адванс +Альфа-кальцедол + гастропротекция (пантопразол).</p> <p>На 3б стадии ХБП резко снижается эффективность тиазидных мочегонных, и растет риск их нежелательных явлений (гиперурикемия, уратный криз).</p> <p>Для достижения целевых цифр АД (при наличии протеинурии - менее 130/80 мм рт.ст.) назначаются ингибиторы АПФ или сартаны (под контролем электролитов сыворотки крови).</p> <p><b>Предпочтение следует отдавать препаратам с преимущественной печеночной элиминацией, что позволяет применять их при нарушении функции почек.</b> Например, Телмисартан (практически полностью элиминируется печенью). Также надо назначить статины, обладающие гиполипидемическими, противовоспалительными и нефропротективными свойствами. Предпочтительнее всего Флувастатин (практически полностью элиминируется печенью) или Розувастатин (также метаболизируется преимущественно печенью).</p> <p>Для лечения анемии: назначение препаратов железа (при выявленном дефиците), при нормальных показателях обмена железа применяют рекомбинантный эритропоэтин.</p> <p><b>2 балла:</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован</p>
---

<b>1 балл:</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верно.
<b>0 баллов:</b> Ответ неверный
<b>Диспансерное наблюдение пациента, экспертиза нетрудоспособности</b>
Т.к. данная больная работает (несмотря на пенсионный возраст), ей необходимо оформить листок нетрудоспособности. ВН в среднем 40–45 дней. При неблагоприятном течении заболевания, пациентка должна быть направлена на МСЭ для установления группы инвалидности. При хроническом гломерулонефрите запрещена работа в ночные смены, работа, связанная с переохлаждением, с чрезмерной физической и психической нагрузкой. Больная будет получать поддерживающую терапию под контролем нефролога в течение не менее шести месяцев с последующим снижением дозы. Диспансерное наблюдение осуществляется пожизненно. Осмотр осуществляется <b>не менее</b> 1 раза в 3 месяца терапевтом и не менее 1 раза в 6 месяцев нефрологом. Один раз в год - осмотр специалистов: гинеколога, стоматолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога. Исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование мочи на альбуминурию, проба по Зимницкому — по показаниям; биохимический анализ крови (креатинин, мочевиная кислота, холестерин, триглицериды, глюкоза, натрий, калий, кальций, фосфор, альбумин, расчёт СКФ). УЗИ почек по назначению нефролога. Диспансерное наблюдение АГ осуществляется по алгоритму диспансерного наблюдения при этом заболевании. При отсутствии противопоказаний показана ежегодная вакцинация от гриппа
<b>2 балла:</b> Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана верно.
<b>1 балл:</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов:</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### **Задача 1**

1. Женщина, 34 года, обратилась к врачу с жалобами на отёки нижних конечностей, лица, слабость, снижение количества выделяемой мочи.

Из анамнеза: в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию. Наблюдается в Эндокринологическом центре. Периодически нарушает диету, отмечалась гипергликемия до 15 ммоль/л, глюкозурия. Дважды за период наблюдения отмечались эпизоды бактериурии, лейкоцитурии, проводилось лечение уроантисептиками. Год назад выявлена микроальбуминурия. Артериальное давление оставалось в норме.

Ухудшение самочувствия начала отмечать около трёх недель назад, когда отдыхала в Египте, много загорала, появилась пастозность лица и нижних конечностей. Поначалу не придавала этому значение, связывала с «перегревом на солнце». Постепенно отёки нарастали. Отметила снижение выделяемой мочи. После возвращения из туристической поездки сразу обратилась к врачу.

При осмотре состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Выраженные отёки нижних конечностей, крестца, поясничной области, передней брюшной стенки, лица. Кожные покровы несколько бледноваты, чистые. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, чистые. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. АД 130/80. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=Пульс= 84 в мин., шумов нет. Границы сердца не расширены. При пальпации живота болезненности не выявлено, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Стул не нарушен, диурез со слов 500 мл за прошедшие сутки.

Срочно проведены следующие исследования: ОАМ: протеинурия 5 г/л, глюкозурия. Креатинин крови 105 мкмоль/л, глюкоза крови 9,6 ммоль/л. ОАК: Гемоглобин 105г/л, эритроциты  $3,5 \times 10^{12}$  /л, Лейкоциты  $5,2 \times 10^9$  /л, СОЭ 10 мм/час. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 87 в минуту. Нормальное положение ЭОС, процессы реполяризации не нарушены.

#### **2. Оцените результаты обследований пациентов:**

А) Пациент Д, мужчина, 63 года, вес 80 кг, рост 175см. В течение 25 лет страдаем гипертонической болезнью. Креатинин - 105 мкмоль/л, СКФ – 75мл/мин.

Б) Пациент Л, мужчина, 45 лет, проходит плановое обследование. ОАМ: Удельная плотность мочи 1012 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 15-20 в п/з, белок 0,5 г/л.

В) Пациент К, женщина, 55 лет. Страдает ожирением 2ст, гипертонической болезнью. ОАМ: Удельная плотность мочи 1018 г/л, лейкоциты 0-1-2 в п/з, эритроциты 1-2 в п/з, белок 0,03 г/л, глюкоза ++.

#### **4.Задания для групповой работы**

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

#### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля :

##### **Вопросы по теме:**

1. Этиология и патогенез хронической болезни почек.
2. Основные жалобы больных с почечной недостаточностью.
3. Особенности анамнеза хронической почечной недостаточностью.
4. Объективное обследование больных с ХБП. Симптомы, выявленные у больных ХБП при общем осмотре, пальпации, перкуссии и аускультации.
5. Лабораторная диагностика ХБП.
6. Классификация ХБП.
7. Осложнения почечной недостаточности.
8. Лечение ХБП.
9. Показания к гемодиализу.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля :

##### **Тестовые задания:**



1. Выберите все правильные ответы.

Факторами риска развития и прогрессирования хронической болезни почек являются

- а) артериальная гипертензия \*
- б) сахарный диабет \*
- в) гиперлипидемия \*
- г) лекарственная токсичность \*

2. Выберите один правильный ответ.

В патогенезе гипертензионного синдрома при остром гломерулонефрите ведущее значение имеет

- а) сужение почечных артерий (вазоренальный механизм)
- б) гиперсекреция катехоламинов
- в) задержка натрия и воды \*
- г) увеличение уровня кортизола в крови

3. Выберите один правильный ответ.

Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита является

- а) стафилококк
- б) клебсиела
- в) b-гемолитический стрептококк группы а \*
- г) пневмококк

4. Выберите один правильный ответ.

Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

- а) стеноз почечной артерии \*
- б) АД более 180/110 мм. hg
- в) сердечная недостаточность
- г) хронический пиелонефрит

5. Выберите один правильный ответ.

В пожилом возрасте скорость клубочковой фильтрации

- а) повышается
- б) снижается \*
- в) не изменяется
- г) зависит от пола

6. Выберите все правильные ответы

Немодифицируемыми факторами риска развития ХБП являются

- а) наследственность \*
- б) возраст старше 60 лет \*
- в) курение
- г) артериальная гипертензия

7. Выберите один правильный ответ.

Под ХБП следует понимать наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более \_\_\_\_\_ месяцев

- а) трёх \*
- б) шести
- в) двух
- г) двенадцати

8. Выберите все правильные ответы.

Показанием для госпитализации является наличие у пациента

- а) ХБП 1с
- б) нефротического синдрома \*
- в) олигурии \*
- г) гиперхолестеринемии

9. Выберите один правильный ответ.

Пациент со стадией ХБП 3б относится к категории сердечно-сосудистого риска

- а) низкого
- б) умеренного
- в) высокого
- г) очень высокого \*

#### Решите клинические задачи:

##### Задача №1.

Больная С., 27 лет. Жалобы на диффузную головную боль, тошноту, общую слабость, жажду, уменьшение количества мочи до 300 мл за сутки, красный цвет мочи, отечность лица, голеней.

3 недели назад больную стали беспокоить боли в горле, повышение температуры до 38,5°C. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз: катаральная ангина в назначены антибиотики. Через 2 дня температура тела нормализовалась, но больная стала отмечать, уменьшение количества мочи, которая приобрела красный цвет «мясных помоев» и вскоре появились отеки на голенях, лице, 4 дня назад появилась сильная головная боль, тошнота.

Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожа бледная, сухая, язык обложен белым налетом. Отечность лица, пастозность голеней. ЧДД: - 20 в мин., в легких при аускультации - дыхание ослабленное, везикулярное, крепитация в нижних отделах. ЧСС - 90 в мин., АД 160/110 мм. рт. ст. Границы сердца не расширены, при аускультации сердца – тоны приглушенные, ритмичные, I тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмоерга отрицателен. Размеры печени по Курлову 9x8x8 см. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

ОАК: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 105 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты  $5,0 \times 10^9/л$ , эозинофилы 1%, палочкоядерные лейкоциты 3%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 19%, моноциты 5%, тромбоциты  $270,0 \times 10^9/л$ , СОЭ 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий белок сыворотки крови - 50 г/л, альбумины: 40%, глобулины 60%, креатинин 1,7 ммоль, К+ 5,0 ммоль/л, ОАМ: коричневая, мутная, относительная плотность 1012, щелочная реакция, белок 1,2 г/л, сахар не обнаружен, лейкоциты 6 в п/з, выщелочные эритроциты 100 в п/з, цилиндры 30 в п/з.

1. Выделите основные симптомы, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?
3. Предварительный диагноз.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План ведения пациента. Диспансерное наблюдение.

#### Задача №2.

Больная К., 25 лет, поступила с жалобами на слабость, утомляемость, умеренные головные боли, снижение аппетита, тупые ноющие боли в пояснице, субфебрильную температуру, частое болезненное мочеиспускание.

Из анамнеза: считает себя больной с 20 лет, когда после переохлаждения были боли справа в поясничной области, дизурия, помутнение мочи и повышение температуры тела. После стационарного лечения все явления прошли. Ухудшение состояния около одной недели.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы сухие, температура тела  $37,5^{\circ}C$ . В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Граница сердца расширена влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой, ЧСС 80 в минуту, АД 180/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. При глубокой пальпации пальпируется нижний полюс правой почки - край ровный, закругленный, болезненный. Синдром Пастернацкого положительный справа.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нв - 120 г/л, лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/л$ , СОЭ - 22 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин крови 0,5 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес 1011, белок - 0,033 г/л, эритроциты - 2-3 в поле зрения, лейкоциты - 40-50 в поле зрения, эпителий плоский - единичный в поле зрения.

Бактериологическое исследование мочи: 170 000 микробных тел в 1 мл.

Анализ мочи по Зимницкому: I- 1010 - 550; II-1009 - 210; III- 1010 - 330; IV-1011 - 280; V- 1011 - 320; VI-1009 - 450; VII-1008 - 380; VIII- 1011 - 340.

Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 1000, лейкоциты - 21000.

1. Выделите основные симптомы, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?
3. Предварительный диагноз.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План ведения пациента. Диспансерное наблюдение.

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

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

##### Дополнительная литература

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
- 5) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 6) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 7) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 8) Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
- 9) Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- 10) Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
- 11) Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
- 12) Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

### **Тема 8.2.: Амбулаторное ведение пациентов с пиелонефритом и мочекаменной болезнью; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика.**

**Цель занятия:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с пиелонефритами и мочекаменной болезнью в амбулаторных условиях.

#### **Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «урология».
2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с острым и хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью в амбулаторных условиях.

3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с мочекаменной болезнью и пиелонефритами в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при урологических заболеваниях (инфекция мочевыводящих путей, острый и хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь), проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики мочекаменной болезни и пиелонефрита.
- принципы диагностики и дифференциальной диагностики пиелонефрита, мочекаменной болезни в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с симптомами мочекаменной болезни, пиелонефрита врачом-терапевтом участковым,
- правила формулировки диагноза;

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента с признаками пиелонефрита, мочекаменной болезни в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациента с пиелонефритом, мочекаменной болезнью (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента с острым и хроническим пиелонефритом, мочекаменной болезнью в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики пиелонефрита, мочекаменной болезни.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении пиелонефрита, мочекаменной болезни врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях, показания к хирургическому лечению;
- показания к госпитализации;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики пиелонефрита и мочекаменной болезни врачом-терапевтом участковым.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков, освоение манипуляций по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приёме.

**Выполнить тестовые задания:**

1. Выберите один правильный ответ.

При массивной протеинурии моча становится

- а) мутной
- б) пенистой \*
- в) коричневой
- г) белой

2. Выберите один правильный ответ.

Безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками является характерным симптомом для

- а) рака мочевого пузыря \*
- б) геморрагического цистита
- в) острого пиелонефрита
- г) амилоидоза почек

3. Выберите один правильный ответ.

Нижний полюс почки пальпируется при

- а) гидронефрозе \*
- б) гломерулонефрите
- в) мочекаменной болезни
- г) амилоидозе

4. Выберите один правильный ответ.

Препаратом выбора при остром цистите у молодой женщины является

- а) амоксицилин
- б) левофлоксацин
- в) фосфомицин \*
- г) цефиксим

5. 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 Земницкого
	5.Проба с полусухоядением

А - 1, 2, Б – 3, В – 4, 5.

6. Установите соответствие между видом инструментального исследования и ограничениями его применения

А. Ультразвуковое исследование почек	1. Противопоказано при беременности
Б.Обзорная рентгенография почек и мочевых путей	2.Противопоказано при почечной недостаточности
В.Внутривенная (экскреторная) урография	3.Противопоказано при аллергии на препараты 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.

7. Выберите один правильный ответ.

Характерным диагностическим признаком хронического пиелонефрита является

- а) бактериурия \*
- б) протеинурия
- в) гематурия
- г) цилиндрурия

8. 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.

9. 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.

10. Установите соответствие между видом нефропатии и факторами риска её развития

А. Острый пиелонефрит	1. Многолетнее злоупотребление анальгетиками
Б. Вторичный (АА-) амилоидоз	2. Ревматоидный артрит в анамнезе
В. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	3.Лакунарная ангина
Г. Острый гломерулонефрит	4.Нарушения оттока мочи

А – 4, Б – 2, В – 1, Г – 3.

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p>Пациентка 30 лет, обратилась к терапевту в поликлинику с жалобами на повышение температуры, слабость, боли в поясничной области, неприятные ощущения при мочеиспускании. Болея в течение двух дней, когда появились боли в поясничной области справа, повысилась температура до 38,7°C, был озноб, со слов была мутная моча. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. К врачу своевременно не обращалась, не лечилась. Из анамнеза – раньше подобных заболеваний не было. Страдает хроническим циститом, обострения бывают 2 – 3 раза в год. Периодически отмечает явления вульвовагинита, у гинеколога не наблюдается. При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы гиперемированы, чистые. Температура 38,3°C. Слизистая ротоглотки, миндалин – без патологических изменений. Лимфоузлы не увеличены. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс = ЧСС = 108 уд. в 1 мин. Ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Пальпация области правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого положительна справа. Диурез со слов не изменялся, стул нормальный. На данный момент беременность исключает. Терапевт заподозрил заболевание почек, в экстренном порядке назначил ОАК и ОАМ. По результатам анализов в моче лейкоцитурия (до 40 -50 лейкоцитов в поле зрения, бактерии +++). По ОАК Лейкоцитоз 14,5*10<sup>9</sup>/л., СОЭ - 30мм/ч.</p>
<b>Предварительный диагноз.</b>
<b>Ответ.</b> Клинические данные (боли в поясничной области, повышение температуры тела, озноб, положительный симптом Пастернацкого справа, лейкоцитурия, лейкоцитоз) позволяют выставить предварительный диагноз: острый правосторонний пиелонефрит средней степени тяжести. Хронический цистит, обострение.
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен не точно. Не определена степень тяжести заболевания, не распознана сопутствующая патология.
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз. Назовите факторы риска.</b>
<p>Основной диагноз поставлен на основании наличия следующих синдромов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- интоксикационно-воспалительный синдром (повышение температуры тела, явления интоксикации, слабость, наличие лейкоцитоза, повышенной СОЭ);</li> <li>- болевой синдром (боли в поясничной области справа, положительный симптом Пастернацкого справа);</li> <li>- мочевого синдром (лейкоцитурия, бактериурия);</li> <li>- дизурический синдром</li> <li>- клинико-анамнестический синдром (страдает хроническим циститом, вульвовагинитом, не обследуется, не лечится).</li> </ul> <p>Степень тяжести (средняя) выставлена на основании выраженности указанных синдромов.</p> <p>Основным фактором риска у данной пациентки является хроническая инфекция (цистит и вульвовагинит)</p>
<b>2 балла:</b> Диагноз обоснован верно. Выявлены факторы риска.
<b>1 балл:</b> Диагноз обоснован не полностью.
<b>0 баллов:</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в амбулаторных условиях.</b>
<p>ОАК, ОАМ, мочевина, креатинин, СКФ, глюкоза, бактериологический анализ мочи. Для уточнения диагноза показано УЗИ почек для оценки состояния уродинамики верхних мочевых путей. Также необходима экстренная консультация уролога (при отсутствии уролога - хирурга). Т.е. необходимо установить, первичный или вторичный пиелонефрит и выявить возможные причины, создающие препятствие оттоку мочи, для определения дальнейшей тактики ведения, в т.ч хирургической, выявить возможные осложнения. По показаниям, урологом (в стационаре) может быть назначена экскреторная урография, которая позволит уточнить состояние почек и правой, в частности («немая почка», гидроуретеронефроз, нефроптоз, мочекаменная болезнь). Пациентке необходима консультация гинеколога. При выявлении признаков почечной недостаточности, сомнения в диагнозе – показана консультация нефролога.</p>
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл:</b> Дополнительные обоснования назначены не полностью:
Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования.
или
Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.
или
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Показания к госпитализации.</b>
<p>Больной необходима госпитализация в урологический стационар с целью углубленного обследования и адекватной парентеральной терапии. В крайнем случае, <b>при уверенности в диагнозе острого первичного (необструктивного) пиелонефрита</b> по данным инструментальных методов обследования, антибактериальную терапию можно начать и амбулаторно.</p>
<b>ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:</b>

<p>- острый вторичный пиелонефрит (необходимость экстренного восстановления пассажа мочи с целью предотвращения осложнений);</p> <p>- острый пиелонефрит единственной или единственно функционирующей почки;</p> <p>- признаки почечной недостаточности;</p> <p>- острый пиелонефрит на фоне сахарного диабета или иммунодефицитного состояния;</p> <p>- подозрение на гнойный процесс в почке;</p> <p>- острый пиелонефрит при неэффективности проводимой антибактериальной терапии.</p> <p>- острый гестационный пиелонефрит.</p> <p>ЛЕЧЕНИЕ:</p> <p>-питьевой режим (2000 – 2500мл/сут);</p> <p>-эмпирическое назначение антибактериальной терапии (острый пиелонефрит возник впервые, больная ранее не получала антибактериальные препараты, предполагаемый возбудитель – кишечная палочка). Цефтриаксон по 1,0г 2 раза в сутки в/м 14 дней.</p> <p>-симптоматическая терапия. Спазмолитики, уменьшение явлений интоксикации, снижение температуры.</p> <p><b>2 балла:</b> Тактика ведения грамотная, обоснованная.</p> <p><b>1 балл:</b> План ведения сформулирован не полностью. Не отмечены показания для госпитализации</p> <p><b>0 баллов:</b> Ответ неверный</p>
<p><b>Диспансерное наблюдение пациента.</b></p> <p>За пациентом, перенесшим острый пиелонефрит, устанавливается диспансерное наблюдение сроком не менее 1 года (уролог, терапевт), при условии нормальных анализов мочи и при отсутствии бактериурии. Если же сохраняются либо периодически появляются протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия, сроки диспансерного наблюдения увеличиваются до трех лет от начала заболевания, а затем, при отсутствии полного эффекта лечения, больные переводятся в группу с хроническим пиелонефритом.</p> <p>При остром пиелонефрите после курса лечения в стационаре больные подлежат диспансерному обследованию 1 раз в две недели в первые два месяца, а затем 1 раз в один-два месяца в течение года. В обязательном порядке проводятся анализы мочи - общий, по Нечипоренко, на активные лейкоциты, на степень бактериурии, на микрофлору и чувствительность ее к антибактериальным средствам, а также общий анализ крови. Один раз в 6 месяцев исследуют кровь на содержание мочевины, креатинина, электролитов, общий белок и белковые фракции, определяют клубочковую фильтрацию, анализ мочи по Зимницкому, при необходимости показаны консультация уролога и рентгеноурологические обследования.</p> <p>После окончания курса лечения, при отсутствии симптомов и нормализации анализов мочи, контрольное бактериологическое исследование мочи выполнять не обязательно. Больным с сохраняющимися симптомами пиелонефрита в течение 3 суток или при рецидиве заболевания в течение 2 недель, показано повторное бактериологическое исследование мочи, выполнение УЗИ (при необходимости КТ, МРТ). При отсутствии анатомо-функциональных изменений, следует предположить, что инфекционный агент не был чувствителен к применявшемуся антибиотику; показана альтернативная антибиотикотерапия по результатам бактериологического исследования.</p> <p>Показана длительная терапия отварами мочегонных и антисептических трав или официальными растительными препаратами (листья брусники, толокнянки, «Канефрон»).</p> <p>Необходима санация хронических очагов инфекции, избегание переохлаждений. 2 раза в год консультация гинеколога, консультация стоматолога – 1 раз в год.</p> <p>Прогноз как правило благоприятный. Однако, может быть переход в хроническую форму.</p> <p>Санаторно-курортное лечение используется комплексно. Целесообразен прием различных минеральных вод (прежде всего Смирновской, Славянской, Нафтуси), которые используются из расчета 3-5 мл на 1 кг массы тела за 30-60 мин. до еды. Минеральные воды обладают противовоспалительным эффектом, улучшают почечный плазматок, клубочковую фильтрацию, оказывают мочегонный эффект, способствуют отхождению солей, влияют на pH мочи. Наилучший эффект достигается в курортах «Трускавец», «Железноводск». Эффективны минеральные ванны при температуре 37°C и грязевые аппликации.</p> <p><b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.</p> <p><b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.</p> <p><b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.</p>

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

#### Задача 1

Пациентка 45 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на тупые боли в поясничной области справа, временами повышение температуры до 37,9° С, выделение мутной мочи, повышение артериального давления до 180/105 мм рт.ст. Неоднократно находилась на обследовании и лечении в урологических стационарах по поводу хронического пиелонефрита. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 88 уд. в минуту, ритмичный, напряженный. АД 180/105 мм рт.ст. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабopоложителен справа. Дизурических явлений нет. Стул и диурез не нарушены. В общем анализе мочи лейкоциты 30-40 в п/зр., белок +; бактерии ++. По данным УЗИ почек отмечено уменьшение в размерах правой почки, паренхима неоднородной плотности толщиной 6-7 мм.

2) Оцените данные исследований:

А) Пациент Н., мужчина, 43года. Экскреторная урография: на экскреторных урограммах патологических изменений в чашечно-лоханочной системе правой почки нет. Пассаж контрастного вещества по мочеточнику не нарушен. Слева умеренная пиелоэктазия. На уровне поперечного отростка III поясничного позвонка тень, подозрительная на конкремент размерами 4 x 4 мм. Расширение мочеточника выше тени конкремента. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

Б) Пациентка Л, женщина, 55 лет. Прокомментируйте данные УЗИ: Правая почка 112 x 45мм., паренхима 15мм. Левая почка 114 x 50 мм, паренхима 17мм. Контуры почек ровные. Кортико-медуллярная дифференциация выражена. Пирамиды выражены. Эхогенность паренхимы сохранена. Расширения ЧЛС нет. В проекции ЧЛС с обеих сторон визуализируются гиперэхогенные включения 2-3 мм. Мочеточники в верхней трети не расширены. В положении лёжа почки расположены обычно.

В) Пациент К, мужчина, 48 лет

Анализ мочи по Нечипоренко:

Количество лейкоцитов: 23000;

Количество эритроцитов 3000;

Количество цилиндров 0.

#### 4.Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

#### **Вопросы по теме:**

- 1.Этиология, патогенез пиелонефрита.
- 2.Классификация пиелонефрита.
- 3.Клинические проявления пиелонефрита.
- 4.Основные лабораторные и инструментальные методы исследования при пиелонефрите.
- 5.Этиология, патогенез мочекаменной болезни
6. Классификация мочекаменной болезни
- 7.Клинические проявления мочекаменной болезни
- 8.Основные лабораторные и инструментальные методы исследования при мочекаменной болезни
9. Количественная оценка осадка мочи.
- 10.Альбинурия, диагностическое значение.
- 11.Лабораторные признаки нефротического синдрома.
- 12.Острые инфекции нижних мочевыводящих путей (уретрит, цистит) у амбулаторных больных.
- 13.Повторные ИМП, тактика лечения.
- 14.Врачебная тактика при бессимптомной бактериурии.
15. Современные методы лечения, диспансеризация и профилактика пиелонефрита.
16. Санаторно-курортное лечение. Сроки временной нетрудоспособности, критерии ее длительности. Трудоустройство. Меры профилактики хронизации болезни.

#### 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

##### **Тестовые задания**

1. 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.

2. Установите соответствие между видом нефропатии и факторами риска её развития

А. Острый пиелонефрит	1. Многолетнее злоупотребление анальгетиками
Б. Вторичный (АА-) амилоидоз	2. Ревматоидный артрит в анамнезе
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. Выберите все правильные ответы.

Для хронического пиелонефрита характерно развитие

- а) портальной гипертензии
- б) артериальной гипертензии \*
- в) лейкоцитурии \*
- д) нарушение функции почек \*

4. Выберите все правильные ответы.

Для острого цистита характерны

- а) бактериурия
- б) частое мочеиспускание
- в) болезненное мочеиспускание
- г) лейкоцитурия



5. Выберите один правильный ответ.

Одним из основных симптомов мочекаменной болезни являются

- а) боли в поясничной области \*
- б) недержание мочи
- в) никтурия
- г) артериальная гипертензия

### Решите ситуационные задачи

#### Задача 1:

Больной К., 28 лет. Жалобы на сильные боли в области поясницы и правой половины живота, иррадиирующие в паховую область и правое бедро. Отмечает частые позывы к мочеиспусканию. Год назад впервые был подобный приступ. Вызвали "скорую помощь", делали уколы и боли прошли, но после этого приступа была красная моча.<sup>1</sup>

Объективно: температура 36,4°C. Общее состояние средней тяжести. Больной беспокойный, ищет удобное положение для облегчения болей. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Пульс 76 в мин., ритмичный, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правой половине. Симптом Пастернацкого резко положительный справа.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Тактика ведения пациента. Диспансерное наблюдение.

#### Задача 2:

Больной М., 38 лет. Считал себя практически здоровым.

Повод к обращению — кратковременный эпизод болей в поясничной области, сопровождавшийся появлением «бурой» мочи после физической нагрузки (копал картофель в жаркий день, практически не принимал жидкость).

Семейный анамнез: у отца — уратный нефролитиаз, избыточный вес; у деда по отцовской линии — суставной синдром, умер от уремии.

Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Рекомендации по лечению
4. Тактика ведения пациента. Диспансерное наблюдение

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

#### Дополнительная литература

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

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

### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

### **Раздел 9: Поликлиническая тактика ведения пациентов с анемиями**

**Тема “Амбулаторное ведение пациентов с анемиями; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение “.**

**Цель:** углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «гематология».

2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях при ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемиях, проведению экспертизы нетрудоспособности.

**Обучающийся должен знать:**

- Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
- Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
- Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
- Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
- Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
- Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий.

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента с признаками ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.

**Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациента с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями (проведение осмотра больного ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями и использования рекомендаций по специфической профилактике обострений заболевания.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в условиях работы врача-терапевта участкового;
2. Алгоритм ведения пациента с признаками ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемиях врачом-терапевтом участковым,
3. Правила формулировки диагноза;
4. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения заболевания;
5. Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемиях, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. Показания к госпитализации;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
9. Принципы и методы осуществления профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями врачом-терапевтом участковым.

**2. Практическая работа.**

Амбулаторный прием пациентов с различной патологией.

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный диагноз;

- Обоснование диагноза;

- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

- Тактика ведения пациента.

- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Женщина, 28 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа (фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день), курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет. При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост- 162 см, масса тела - 65кг. ИМТ – 24,08 кг/м <sup>2</sup> . Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий анализ крови — эритроциты 3,6 *10 <sup>12</sup> /л, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты 5,2*10 <sup>9</sup> /л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3мкмоль/л, не-прямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.
<b>Предварительный диагноз.</b>
Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия легкой степени. Полименоррагия.
<b>2 балла</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл</b> Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень анемии; неверно оценена этиология анемии; не указана этиология анемии
<b>0 баллов</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз.</b>
Диагноз хронической постгеморрагической анемии (ХПА) установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа (фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день), курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день); установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз, данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови), данных инструментального обследования: ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование наличия у пациентки анемии или этиологии анемии. или Обоснование анемии или этиологии анемии дано неверно
<b>0 баллов.</b> Обоснование этиологии анемии и степени анемии дано неверно. или Диагноз обоснован полностью неверно.
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b>
Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, анемия при хронических заболеваниях, сидероахрестическая, талассемия. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом) для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии, и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче - для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика Н. pylori; УЗИ органов малого таза, консультация гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.
<b>2 балла</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл.</b> План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов.</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.</b>
В соответствии с клиническими рекомендациями по лечению ЖДА могут применяться соли 2- и 3-валентного железа. Препараты ГПК железа предпочтительны из-за лучшей переносимости и хорошего терапевтического эффекта. Назначен препарат FeIII ГПК по 200 мг 1 раз в день после еды на 1,5-2 мес (с целью купирования анемии до нормализации уровня гемоглобина), в последую-

шем по 100мг 1 раз в день (терапия насыщения для заполнения депо до нормализации уровня трансферрина и ферритина). Данной пациентке рекомендована в дальнейшем поддерживающая терапия для сохранения нормального содержания фондов железа по 50-100 мг/сут 7-10 дней в месяц при продолжающихся кровопотерях.
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный
<b>Диспансерное наблюдение пациента.</b>
«Д» наблюдение 1 раз в три месяца. Контроль ОАК. Контроль уровня сывороточного железа 1 раз в 6 мес.
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

Больная 16 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, кровотечение из десен, носа, матки, кожные кровоизлияния от мелкоточечных до синяков по всему телу. Больна в течение полугода, когда стала отмечать маточные кровотечения по 10-15 дней. Наблюдалась у гинеколога, лечение эффекта не оказало.

Анамнез: ОРВИ 2-3 раза в год, хронический пиелонефрит.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, с множественными высыпаниями на ногах и животе. Синяки различных размеров и свежести по всему телу, кровоизлияния на губах и языке. Кровотечения из десен, носа, матки.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 110 ударов в минуту. АД 85/60 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Размеры печени 10x9x8 см. Размеры селезенки 6x4см (не выступает из-под края реберной дуги).

Общий анализ крови: гемоглобин 50г/л, эр 3,0x10<sup>12</sup>/л, ЦП 0,65, ретикулоциты 40%, тромбоциты 10x10<sup>9</sup>, СОЭ 18, лейкоцитарная формула: лей 11,0x10<sup>9</sup>/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, АД90/60. Живот мягкий безболезненный.

Печень 13x11x9см, селезенка +10 см от края ребра, поверхность гладкая, край острый. ОАК: гемоглобин 65г/л, эр 2,2x10<sup>12</sup>/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 260, лей 8x10<sup>9</sup>/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 2,0x10<sup>12</sup>/л, ЦП 1,3, ретикулоциты 10%, лей 2,5x10<sup>9</sup>/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 3,1x10<sup>12</sup>/л, ЦП 0,7, лей 5,3x10<sup>9</sup>/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 1,8x10<sup>12</sup>/л, ЦП 1,2, лей 1,8x10<sup>9</sup>/л, лейкоформула: п 2%, с 28%, л 60%, м 10%, тромбоциты 20x10<sup>9</sup>, ретикулоциты 0,5.

#### 4. Задания для групповой работы

Оцените гемограммы, сделайте заключение

Гемограмма 1.

RBC	1,76	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	50	130-155г/л
Ht	19,4	36-48%
MCV	83,0	80-95fl
MCH	28,4	27-31 пг
MCHC	34,2	30,0-38,0г/л
RDW	14,0	11,5-14,5%

#### Гемограмма 2А

RBC	4,58	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	76	130-155г/л
Ht	33	36-48%
MCV	60,9	80-95fl
MCH	16,6	27-31 пг
MCHC	27,2	30,0-38,0г/л
RDW	19,0	11,5-14,5%

#### Гемограмма 2В

RBC	3,47	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	67	130-155г/л
Ht	20,2	36-48%
MCV	74,1	80-95fl
MCH	19,3	27-31 пг
MCHC	26,1	30,0-38,0г/л
RDW	28,1	11,5-14,5%

#### Гемограмма 2С

RBC	2,5	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	30	130-155г/л
Ht	12,6	36-48%
MCV	50,3	80-95fl
MCH	12,2	27-31 пг
MCHC	24,2	30,0-38,0г/л
RDW	17,4	11,5-14,5%

#### Гемограмма 2D

RBC	4,58	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	100	130-155г/л
Ht	36,3	36-48%
MCV	75,5	80-95fl
MCH	22,6	27-31 пг
MCHC	27,2	30,0-38,0г/л
RDW	14,2	11,5-14,5%

#### Гемограмма 3

RBC	2,45	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	74	130-155г/л
Ht	19,9	36-48%
MCV	81,1	80-95fl
MCH	30,6	27-31 пг
MCHC	37,7	30,0-38,0г/л
RDW	16,6	11,5-14,5%

#### Гемограмма 4

RBC	1,9	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	60	130-155г/л
Ht	16,5	36-48%
MCV	84,7	80-95fl
MCH	31,6	27-31 пг
MCHC	36,3	30,0-38,0г/л
RDW	14,2	11,5-14,5%

#### Гемограмма 5

RBC	1,15	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	37	130-155г/л
Ht	12,2	36-48%
MCV	100,0	80-95fl
MCH	32,2	27-31 пг
MCHC	32,2	

#### Гемограмма 6А

RBC	2,45	3,8-5,5×10 <sup>12</sup> /л
Hb	100	130-155г/л
Ht	22,2	36-48%
MCV	123,7	80-95fl
MCH	40,8	27-31 пг

MCHC 33,0 30,0-38,0г/л  
RDW 24,10 11,5-14,5%

**Гемограмма 6B**

RBC 2,9  $3,8-5,5 \times 10^{12}$  /л  
Hb 102 130-155г/л  
Ht 33,5 36-48%  
MCV 110,0 80-95fl  
MCH 35,0 27-31 пг  
MCHC 33,0 30,0-38,0г/л  
RDW 16,5 11,5-14,5%

**Гемограмма 6C**

RBC 1,51  $3,8-5,5 \times 10^{12}$  /л  
Hb 64 130-155г/л  
Ht 17,4 36-48%  
MCV 115,0 80-95fl  
MCH 41,1 27-31 пг  
MCHC 35,4 30,0-38,0г/л  
RDW 27,0 11,5-14,5%

**Гемограмма 7**

RBC 2,12  $3,8-5,5 \times 10^{12}$  /л  
Hb 82 130-155г/л  
Ht 28,0 36-48%  
MCV 121,7 80-95fl  
MCH 38,7 27-31 пг  
MCHC 31,8 30,0-38,0г/л  
RDW 17,7 11,5-14,5%

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Вопросы по теме:**

1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий в условиях работы врача-терапевта участкового;
2. Алгоритм ведения пациента с признаками ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями врачом-терапевтом участковым,
3. Правила формулировки диагноза;
4. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
5. Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. Показания к госпитализации;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
9. Принципы и методы осуществления профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий врачом-терапевтом участковым.

- 3) составить задачу по анемическому синдрому в разных группах пациентов (беременные, пациенты пожилого и старческого возраста, пациенты зрелого возраста с ИБС).

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента

2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента
----	--------------------------------------	------------	-----------------------------	----	--------------------------

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rmmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)



Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)  
Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

## **Раздел 10: Поликлиническая тактика ведения пациентов эндокринологического профиля**

### **Тема 10.1: Амбулаторное ведение пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом, ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.**

**Цель занятия:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в амбулаторных условиях.

#### **Задачи:**

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

#### **Обучающийся должен знать:**

- принципы диагностики и дифференциальной диагностики сахарного диабета в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом врачом-терапевтом участковым;
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении сахарного диабета, ожирения, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- показания к госпитализации;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики сахарного диабета, ожирения, метаболического синдрома врачом-терапевтом участковым.

#### **Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

#### **Обучающийся должен владеть:**

- методикой амбулаторного приема пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики сахарного диабета, ожирения, метаболического синдрома.

#### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

##### **1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Этиология и патогенез сахарного диабета.
2. Классификация сахарного диабета.
3. Лабораторная диагностика сахарного диабета.
4. Диагностические критерии сахарного диабета.
5. Основные синдромы при сахарном диабете.
6. Изменения внутренних органов при сахарном диабете. Синдромы микро- и макроангиопатии.
7. Осложнения сахарного диабета.
8. Лечение сахарного диабета.
9. Методика диспансерного наблюдения и реабилитации.
10. Экспертизу утраты трудоспособности.
11. Профилактику сахарного диабета
12. Санаторно-курортное лечение при сахарном диабете

##### **2. Практическая работа.**

Амбулаторный приём в поликлинике.

### 3. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Определите факторы риска;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>							
<p>Пациент 64 года, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение АД до 180/90, головную боль, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж.</p> <p>Из анамнеза: больной более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациент перенес инфаркт миокарда. С этого времени состояние пациента оставалось стабильным. К врачу обращался не регулярно, курит (по 1 пачке в день в течение 20 лет). Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут).</p> <p>Семейный анамнез: отец больного скончался в возрасте 51 года от острого инфаркта миокарда (ОИМ), родной брат перенес операцию шунтирования в возрасте 60 лет, мать и сестра страдают артериальной гипертензией (АГ). У матери сахарный диабет 2 типа. Перенес холецистэктомию (в 45 лет).</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост 180 см, масса тела 110 кг. ИМТ = 33,95 (ожирение 1 степени по абдоминальному типу). В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на aa. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены.</p>							
<b>Результаты самоконтроля глюкозы в крови, ммоль/л</b>							
	<b>Завтрак</b>		<b>Обед</b>		<b>Ужин</b>		<b>Перед сном</b>
<b>Дни недели</b>	<b>До</b>	<b>После</b>	<b>До</b>	<b>После</b>	<b>До</b>	<b>После</b>	
Понедельник	8,1				10,2		8,0
Четверг	7,8	10,3			6,1		
Воскресенье	8,8	9,1	4,5			10,2	
<p>Назначены обследования: ОАК – в норме. ОАМ – глюкозурия 3,2 ммоль/л. Суточная альбуминурия – 65 мг. Креатинин = 117 мкмоль/л. СКФ = 56 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, глюкоза - 9,2 ммоль/л, HbA1c = 8,5%, общий холестерин = 5,7 ммоль/л, ЛПНП = 3,7 ммоль/л.</p> <p>По ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.</p> <p>ЭХО-кардиоскопия: признаки гипертрофии левого желудочка; полости не расширены, гипокинезия задне-нижних сегментов ЛЖ; фракция выброса 48%.</p> <p>Консультация окулиста, заключение: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS&gt;OD).</p>							
<b>Предварительный диагноз.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сахарный диабет 2 типа. целевые значения HbA1c (&lt; 8%)</li> <li>• Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS&gt;OD).</li> <li>• ХБП, 3а стадия смешанного генеза, стадия умеренной альбуминурии (A2).</li> <li>• ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от «дата»). ХСН стадия I, II ФК.</li> <li>• Гипертоническая болезнь, III стадия, 3 степень, риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка;</li> <li>• Абдоминальное ожирение 1 ст. Дислипидемия;</li> </ul>							

<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.	
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены степень АГ, стадии ГБ и ХБП, функциональный класс стенокардии и сердечной недостаточности. Неверно определен целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента.	
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.	
<b>Обоснуйте диагноз.</b>	
<p>Больной страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 10 лет. Целевые значения гликированного гемоглобина HbA1c &lt; 8%, т.к. пожилой возраст, есть тяжелые макрососудистые осложнения (ИБС, перенесенный инфаркт миокарда) и риск тяжелой гипогликемии (большая продолжительность СД, ХБП С3а).</p> <p>Диабетические микроангиопатии: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU и нефропатия, которая имеет смешанный генез (диабетическая и гипертоническая). С 3а, т.к. СКФ = 56 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.</p> <p>Диабетическая макроангиопатия - ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК, т.к. у пациента приступы возникают при быстрой ходьбе, более 1 этажа.</p> <p>ХСН 1 стадии, т.к. у пациента нет гемодинамических изменений, ФК II, т.к. присутствуют умеренные ограничения физической активности.</p> <p>В течение 20 лет страдает повышением артериального давления (до 180/110 – 3 степень АГ).</p> <p>3 стадия, т.к. у больного диагностирована ИБС. Гипертрофия миокарда левого желудочка по данным ЭКГ и ЭХО-КС. Риск 4 (очень высокий), т.к. у пациента имеется ИБС, Сахарный диабет, ХБП 3а.</p>	
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.	
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью.	
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.	
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.</b>	
ОАК, ОАМ, суточная альбуминурия. Биохимический анализ крови: глюкоза, HbA1c, белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ), ЭКГ, ЭХО-КС, эндокринолог, офтальмолог, нефролог, кардиолог, невролог по показаниям, рентгенография органов грудной клетки.	
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.	
<b>1 балл:</b> План дополнительного обоснования не полностью:	
Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.	
<b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования.	
или	
Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.	
или	
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.	
<b>Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.</b>	
<p>Принципы лечения:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Питание</li> <li>- Физическая активность</li> <li>- Сахароснижающие препараты</li> <li>- Обучение и самоконтроль</li> <li>- Терапия ИБС, АГ, ХСН.</li> </ul> <p>Т.к. у больного уровень HbA1c = 8,5%, надо достичь менее 8%. Назначим Метформин в дозе 500мг 2 раза в день. Контроль HbA1c не реже 1 раза в 3 месяца. Эффективным считается темп снижения HbA1c &gt; 0,5 % за 6 мес. наблюдения.</p> <p>Оптимальной целью антигипертензивной терапии у больных СД считается АД 140/85 мм рт. ст. Оптимальным препаратом является Валсартан, который может применяться при ИБС и СД, ХБП. Валсартан 80мг 1 раз в сутки под контролем АД. Целесообразно назначение селективного бета-блокатора Бисопролол в дозе 5мг 1 раз в сутки под контролем АД и ЧСС. Цель ЧСС &lt; 60 уд/мин. Аспирин в дозе 75 мг/сут вечером во время ужина. Нитраты короткодействующие по требованию.</p> <p>Целевые уровни холестерина при очень высоком риске &lt; 4,0 ммоль/л, ТГ &lt; 1,7 ммоль/л, ЛПНП &lt; 1,5 ммоль/л. Оптимальным является Розувастатин (особенно при наличии сахарного диабета и ХБП) 10 мг 1 раз в сутки. Необходим контроль липидного спектра, АЛТ, АСТ и КФК.</p>	
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован	
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.	
или	
Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.	
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный	
<b>Диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом 2 типа</b>	
<b>Показатель</b>	<b>Частота обследования</b>
Самоконтроль гликемии	<p>В дебюте заболевания и при декомпенсации – ежедневно несколько раз</p> <p>В дальнейшем в зависимости от вида сахароснижающей терапии:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– на интенсифицированной инсулинотерапии: не менее 4 раз ежедневно;</li> <li>– на пероральной сахароснижающей терапии и/или агонистах рецепторов ГПП-1 и/или базальном инсулине: не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю;</li> <li>– на готовых смесях инсулина: не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю;</li> <li>– на диетотерапии: 1 раз в неделю в разное время суток</li> </ul>
HbA1c	1 раз в 3 месяца
Непрерывное мониторирование уровня глюкозы крови (CGM)	По показаниям
Общий анализ крови	1 раз в год

Общий анализ мочи	2 раза в год
Микроальбуминурия	2 раза в год
Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевиная кислота, мочевиная, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ)	Не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений)
Контроль АД	При каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертензии – самоконтроль 2-3 раза в день
ЭКГ	1 раз в год
ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 факторов риска)	1 раз в год
Консультация кардиолога	1 раз в год
Осмотр ног	При каждом посещении врача
Оценка чувствительности стоп	Не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще
Проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина	Не реже 1 раза в 6 мес.
Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком)	1 раз в год, по показаниям – чаще
Консультация невролога	По показаниям
Рентгенография грудной клетки	1 раз в год
При появлении признаков хронических осложнений СД, присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска вопрос о частоте обследований решается индивидуально.	
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.	
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.	
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.	

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

#### Задача 1

Больной, 22 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течении трех месяцев после перенесенного гриппа. Объективно: рост 178 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 116/80 мм.рт.ст. Определяется кровотоочивость дёсен. Край печени выступает из - под края рёберной дуги на 3 см, болезненный при пальпации.

#### Задача 2

Оцените клинические ситуации.

А) Больной 19 лет жалуется на сухость во рту, жажду, повышенный аппетит, слабость. Суточное выделение мочи повышено до 3-х литров. ОАК в норме. ОАМ: относительная плотность 1,032, глюкозы в моче 9 ммоль/л.

Б) Больная 56 лет, рост 160 см, масса 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы крови натощак 5,1 ммоль/л. Результаты перорального теста на толерантность к глюкозе (ТТГ): уровень глюкозы крови натощак 5,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы 10 ммоль/л.

В) Больная, 36 лет, страдает сахарным диабетом в течение 18 лет. Все это время получает инсулин. Больная нарушает диету, режим питания. В анамнезе трижды кетоацидоз, частые гипогликемии. С 23 – летнего возраста отмечает появление отеков на лице и ногах, одышку при физической нагрузке. Последние 2 года артериальное давление 180/100 – 190/110 мм рт.ст. Месяц назад появилось ощущение плавающего предмета в правом глазу, ухудшилось зрение. Участились гипогликемии, снизилась потребность в инсулине.

#### 4.Задания для групповой работы

1. Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе в поликлинике
2. Разработать проект по формированию ЗОЖ у пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы по теме:**

1. Этиология и патогенез сахарного диабета.
- 2.Классификация сахарного диабета.
- 3.Лабораторная диагностика сахарного диабета.
- 4.Диагностические критерии сахарного диабета.
5. Основные синдромы при сахарном диабете.
6. Изменения внутренних органов при сахарном диабете. Синдромы микро- и макроангиопатии.
- 7.Осложнения сахарного диабета.
- 8.Лечение сахарного диабета.
- 9.Методика диспансерного наблюдения и реабилитации.
- 10.Экспертизу утраты трудоспособности.
11. Профилактику сахарного диабета
- 12.Санаторно-курортное лечение при сахарном диабете.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовые задания:**

1. При недостаточности инсулина наблюдается:

- а) гипергликемия
- б) усиление синтеза гликогена
- в) уменьшение синтеза гликогена
- г) увеличение образования кетоновых тел
- д) уменьшение образования кетоновых тел

Варианты ответов : 1) а, б, д; 2) а, б, г; 3) а, в, г; 4) б, в, г; 5) б, г.

2. При сахарном диабете 1 типа имеются все признаки, кроме:

- 1) снижение утилизации глюкозы
- 2) снижение липолиза
- 3) повышения катаболизма белков
- 4) все выше перечисленное верно.
- 5) все выше перечисленное неверно.

3. У здоровых лиц при проведении пробы толерантности к глюкозе уровень глюкозы приходит к норме через:

- 1) 30 минут
- 2) 1 час
- 3) 2 часа
- 4) 3 час
- 5) не приходит к норме

4. Гипогликемическая кома клинически проявляется всеми перечисленными признаками, кроме:

- 1) бледности и влажности кожных покровов
- 2) повышение тонуса глазных яблок
- 3) снижения артериального давления
- 4) брадикардию

5. Тест «Верно-неверно». Выберите абсолютно неверный ответ.

Кетоацидотическая кома клинически проявляется:

- а) сухость кожных покровов
- б) повышенного тонуса мышц, судорог
- в) понижения тонуса глазных яблок
- г) брадикардия
- д) появляется запах ацетона

6. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

- а) жирового гепатоза
- б) гепатита
- в) цирроза
- г) холецистита
- д) желчно-каменной болезни

7. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего

- а) миокарда
- б) ПНС
- в) ЦНС
- г) гепатоцитов
- д) поперечно-полосатой мускулатуры

8. Для синдрома диабетической нефропатии характерны все признаки кроме:

- а) нефротического синдрома,
- б) артериальной гипертензии,
- в) микроальбуминурии
- г) протеинурия,
- д) повышения скорости клубочковой фильтрации

Ответы к тестовым заданиям: 1- 3; 2- 1; 3- 3; 4- 3; 5- 2; 6- 1; 7- 3; 8- 5.

### Решение ситуационных задач

#### Задача №1.

Больная П. 62 года, жалуется на сухость во рту, жажду, желание есть сладости, головные боли, одышку при ходьбе в обычном темпе.

Из анамнеза: избыточный вес более 20 лет. Больная 2 года отмечает одышку при ходьбе в обычном темпе. В течение 6 месяцев отмечает зуд кожи. В течение последнего месяца появились жалобы на сухость во рту, жажду, головные боли, выраженную слабость, с которыми больная обратилась к врачу. При исследовании обнаружен сахар крови натощак 8,4 ммоль/л. Предпочитает высококалорийную пищу. У матери сахарный диабет 2 типа

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, рост 160, вес 100 кг, объем талии (ОТ) 110 см, объем бедер (ОБ) 115 см. Кожа сухая, на ногах видны следы расчесов. На крыльях носа и щеках определяются ксантелазмы. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Левая граница сердца по левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 180/100 мм рт ст. Печень 10-8-7 см. Отеков нет.

Лабораторные исследования: сахар крови натощак 10 ммоль/л, с-пептид-0,6 пмоль/л, Креатинин крови 0,09 ммоль/л.

HbA1c- гликированный гемоглобин 11%, фруктозамин 3,45 ммоль/л.

Сахар мочи – 1,5%, ацетон крови и мочи – не обнаружен.

Общий холестерин 7,4 ммоль/л, триглицериды 3,7 ммоль/л.

- 1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
- 2. Поставить предварительный диагноз.

3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

### Задача №2.

Больной К., 19 лет. Обратился к участковому терапевту с жалобами на жажду, тошноту, отсутствие аппетита, похудание на 5 кг, сухость во рту, полиурию, общую слабость.

Из анамнеза: полгода назад перенес эпидемический паротит.

Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания, гиперемия щек, сухость кожных покровов. Тоны сердца приглушены, ЧСС 98 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Печень 11 - 10 - 9 см.

Анализ крови на сахар: 18,5 ммоль/л. Содержание С-пептида -0,2 пмоль/л.

Анализ мочи: сахар в моче: 4%, удельный вес 1028, ацетон в моче +++.

1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

#### Дополнительная литература

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

### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.

2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

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

**Тема 10.2: Амбулаторное ведение пациентов с гипотиреозом, тиреотоксикозом, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение.**

**Цель занятия:** Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с заболеваниями щитовидной железы в амбулаторных условиях.

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

- алгоритм ведения пациента с заболеваниями щитовидной железы врачом-терапевтом участковым,
- принципы диагностики и дифференциальной диагностики
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении заболеваний щитовидной железы в амбулаторных условиях;
- показания к госпитализации;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики заболеваний щитовидной железы.

**Обучающийся должен уметь**

- применить алгоритм ведения пациента с заболеваниями щитовидной железы в условиях амбулаторного приема врачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план ведения;

- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Этиология и патогенез заболеваний щитовидной железы.
2. Классификация заболеваний щитовидной железы.
3. Основные синдромы при заболеваниях щитовидной железы.
4. Лабораторная диагностика гипо- и гипертиреоза.
5. Диагностические критерии зоба.
6. Изменения других органов и систем при заболеваниях щитовидной железы.
7. Осложнения при заболеваниях щитовидной железы.
8. Лечение заболеваний щитовидной железы.
9. Этапы оказания эндокринологической помощи в амбулаторных условиях.
10. Контингенты больных, подлежащие диспансерному наблюдению.
11. Применение методики диспансерного наблюдения при заболеваниях щитовидной железы.
12. Принципы экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях щитовидной железы.
13. Вопросы санаторно-курортного лечения при заболеваниях щитовидной железы.
14. Профилактика эндокринологических заболеваний.

**2. Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, амбулаторный приём.

**3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач
  - Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Определите факторы риска;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента.
  - Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Больная, 40 лет, рост 175 см, вес 52 кг. Жалуется на сердцебиение, раздражительность, плаксивость, слабость. Считает себя больной 4 месяца. Вышеперечисленные жалобы появились после психической травмы. За 4 месяца потеряла 6 кг веса при сохраненном аппетите. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа теплая, диффузно влажная, мелкий тремор пальцев рук. Веки отечны, полностью смыкаются при закрытии глаз. Отмечается блеск глаз, положительные симптомы Дальримпля, Грефе, Кохера, Мебиуса. Пульс ритмичный, 110 ударов в минуту, 1 тон на верхушке усилен, нежный систолический шум на верхушке, размеры сердца не изменены. Щитовидная железа диффузно увеличена до 2 степени.
<b>Предварительный диагноз.</b>
Диффузный токсический зоб 2 ст, манифестный тиреотоксикоз. Эндокринная офтальмопатия 1 ст
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен не полностью.
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз.</b>
Диагноз выставлен на основании характерной клинической картины, пальпаторного увеличения размеров щитовидной железы до 2 степени. Ярко выражены симптомы офтальмопатии.
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью.
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента</b>
ТТГ, св. Т4, УЗИ щитовидной железы, консультация эндокринолога и офтальмолога, ЭКГ. На ЭКГ могут быть синусовая тахикардия, высокие зубцы R и T, укорочение интервала P—Q, не исключаются снижение линии ST и инверсия зубца T. Могут быть назначены дополнительно офтальмологом УЗИ и МРТ глазниц (утолщение и отек глазных мышц и ретробульбарной клетчатки, экзофтальм).
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл:</b> План дополнительного обоснования не полностью;
Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух



назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов.</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.</b>
Тиамазол (тирозол, мерказолил) является препаратом выбора для всех пациентов, которым планируется проведение консервативного лечения ДТЗ, за исключением лечения ДТЗ в первом триместре беременности, тиреотоксического криза и развития побочных эффектов на тиамазол. Тиреостатические препараты (например мерказолил) назначаются до устранения тиреотоксикоза, дальнейшая тактика определяется эндокринологом. Лечение эндокринной офтальмопатии. На период до достижения эутиреоза, а зачастую и на более длительный срок, пациентам с явным тиреотоксикозом целесообразно назначение бета-адреноблокаторов (анаприлин — 120 мг/сут на 3 — 4 приема или длительнодействующие препараты, например, конкор 5 мг/сут., атенолол — 100 мг/сут однократно)
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верно.
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный
<b>Диспансерное наблюдение пациента.</b>
1. Осмотр эндокринолога не менее 6 раз в год; при <b>тяжелом</b> - 1 раз в мес 2. Осмотр невролога, офтальмолога не менее 1 раз в год 3. ОАК, ОАМ, ЭКГ - при каждом посещении 4. Св. Т4, Т3, ТТГ, липиды крови - 2 - 3 раза в год 5. Узи-2р/год Д-наблюдение у эндокринолога в течение не менее 2-х лет и 2 года при отсутствии симптомов. <b>Показания для направления в бюро МСЭ.</b> Тяжелые формы заболевания; невозможность трудоустройства через КЭК без снижения квалификации или уменьшения объема работы; осложнения после радикального лечения, в том числе парез гортани и глотки, гипотиреоз, паратиреоидная недостаточность, рецидив заболевания; эндокринная офтальмопатия 11-111 ст., эндокринная кардиомиопатия с нарушениями сердечного ритма (мерцательная аритмия) и сердечной недостаточностью; выраженные изменения психики. Направление осуществляется после проведения адекватной терапии в специализированном эндокринологическом отделении. <b>Критерии инвалидности.</b> I группа инвалидности определяется больным с крайне тяжелой формой тиреотоксикоза при наличии тяжелых нарушений функций эндокринной и других систем, приводящих к ограничению способности к самообслуживанию и передвижению III степени, что требует постоянного ухода и посторонней помощи. II группа инвалидности определяется больным с тяжелой формой тиреотоксикоза при выраженных и стойких нарушениях функций органов и систем; неэффективном лечении; осложнениях хирургического лечения (паратиреоидная недостаточность, некомпенсированный гипотиреоз); рецидивирующем течении тиреотоксикоза, что приводит к ограничению способности к трудовой деятельности II-III степени, способности к передвижению и самообслуживанию II степени. III группа инвалидности определяется больным с легким и средней тяжести тиреотоксикозом в стадии компенсации или субкомпенсации с умеренными нарушениями функций органов и систем, приводящими к ограничению способности к трудовой деятельности I степени, самообслуживанию и передвижению 0-I степени, работающих в противопоказанных видах и условиях труда, нуждающимся в рациональном трудоустройстве, сопровождающемся снижением квалификации или уменьшением объема работы. Лицам молодого возраста III группа инвалидности устанавливается на период переобучения, приобретения доступной профессии легкого физического труда или умственного труда с умеренным нервно-психическим напряжением. Реабилитация. Ранняя диагностика, диспансеризация больных и своевременная адекватная тиреостатическая терапия; при необходимости — радикальное лечение (хирургическое или лучевое). Своевременная диагностика и лечение осложнений. Рациональное трудоустройство и переобучение инвалидов.
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

#### Задача 1

Больная Ч., 38 лет, обратилась с жалобами на слабость, усталость, снижение памяти и слуха, зябкость.

Из анамнеза: Последние 4-5 месяцев заметила существенную прибавку в весе, частые простудные заболевания. К врачу не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания (рост 158 см, вес 120 кг), на вопросы отвечает медленно, не может концентрировать внимание.

Кожа бледная, грубая, плотная, сухая, холодная. Одутловатое, маскообразное лицо с укрупненными чертами. Гиперкератоз в области ладоней и ступней. Отек слизистой ротовой полости. Язык отечен, видны отпечатки зубов. Голос низкий и глухой. Волосы тонкие, ломкие. Мышцы хорошо контурируются. Сила в мышцах снижена.

Тоны сердца приглушены. ЧСС-56 в 1 минуту, пульс малый, мягкий.

АД 90/60 мм рт. Ст. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в 1 минуту. При пальпации щитовидная железа не пальпируется.

Общий анализ крови: эритроциты 3,0 10<sup>12</sup>/л, гемоглобин-80 г/л.

Биохимический анализ крови -общий холестерин – 6,8 ммоль/л

Уровень ТТГ- норма.

Т3 и Т4 - снижены.

#### Задача 2

Медсестра 38 лет жалуется на сердцебиение, раздражительность, плаксивость, головные боли, постоянное ощущение жара, отеч-

ность век, резь в глазах, слезотечение, похудание на 8 кг за 6 месяцев, плохой сон, повышенную потливость. Объективно: Рост 168 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы влажные, теплые на ощупь. Левая граница относительной тупости сердца на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца, на верхушке I = II, там же - систолический шум. Акцент II тона над аортой. ЧСС 130 в мин. АД 160/85 мм рт. ст. Щитовидная железа диффузно увеличена, плотноватая, безболезненна, видна на глаз при осмотре шеи. Выраженный тремор рук. Двусторонний экзофтальм, отек век, ограничение движения глазных яблок. На ЭКГ - синусовая тахикардия, косовосходящая депрессия сегмента ST и неглубокие отрицательные зубцы T в отведениях V2-V5. Холестерин крови - 3,24 ммоль/л.

#### **4. Задания для групповой работы:**

Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе в поликлинике  
**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы по теме:**

1. Этиология и патогенез заболеваний щитовидной железы.
2. Классификация заболеваний щитовидной железы.
3. Основные синдромы при заболеваниях щитовидной железы.
4. Лабораторная диагностика гипо- и гипертиреоза.
5. Диагностические критерии зоба.
6. Изменения других органов и систем при заболеваниях щитовидной железы.
7. Осложнения при заболеваниях щитовидной железы.
8. Лечение заболеваний щитовидной железы.
9. Этапы оказания эндокринологической помощи в амбулаторных условиях.
10. Контингентны больных, подлежащие диспансерному наблюдению.
11. Применение методики диспансерного наблюдения при заболеваниях щитовидной железы.
12. Принципы экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности при заболеваниях щитовидной железы.
13. Вопросы санаторно-курортного лечения при заболеваниях щитовидной железы.
14. Профилактика эндокринологических заболеваний.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

1. Укажите состояния, являющиеся основанием к направлению на МСЭК при тиреотоксикозе:

- а/ тиреотоксикоз III степени у врача хирурга \*
- б/ тиреотоксикоз II степени у летчика \*
- в/ послеоперационный гипотиреоз в сочетании с паратиреоидной недостаточностью у сторожа \*
- г/ тиреотоксикоз I степени у журналиста
- д/ рецидив токсического зоба у продавца \*

2. Студентка 23 лет жалуется на общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°C. Заболела остро 4 месяца назад. Когда стали беспокоить боли в области шеи слева, отдающие в левое ухо. Боли ощущались при пальпации шеи и глотании. При объективном исследовании обнаружена отечность лица, сухость кожных покровов, брадикардия. В клиническом анализе крови лейкоцитов до  $10,8 \cdot 10^9$ /л, ускорение СОЭ до 43 мм/ч. Содержание холестерина в сыворотке крови - 9,1 ммоль/л.

2.1. Вероятный диагноз?

- а/ хронический тонзиллит в фазе обострения
- б/ острый тиреоидит
- в/ подострый тиреоидит \*
- г/ аутоиммунный тиреоидит
- д/ тиреотоксикоз I степени
- е/ первичный гипотиреоз

2.2. Проведите экспертизу трудоспособности больной:

- а/ трудоспособна
- б/ нетрудоспособна, выдать справку формы N 070/у
- в/ нетрудоспособна, выдать справку формы N 095/у
- г/ нетрудоспособна, выдать листок нетрудоспособности \*

2.3. Выберите показанные в данной ситуации лекарства:

- а/ пропранолол 120 мг/сут.
- б/ индометацин 150 мг/сут \*
- в/ L-тироксин 100 мг/сут \*
- г/ мерказолил 40 мг/сут
- д/ преднизолон 40 мг/сут \*

3. У 26-летней беременной женщины выявлен зоб. Клинические признаки гипертиреоза отсутствуют. В крови незначительно повышен уровень свободного тироксина. Какой метод наиболее информативен для оценки функции щитовидной железы?

- а/ определение поглощения радиоактивного йода
- б/ сканирование щитовидной железы
- в/ проба с тиролиберином
- г/ проба с тиротропином \*
- д/ все ответы неправильные

#### **Рекомендуемая литература:**

#### **Основная литература**

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

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.

## 12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)

Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)

Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)

Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)

Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>

Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>

Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>

Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>

Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

### **Раздел 11. Цереброваскулярные болезни в практике участкового врача.**

**Тема 11.2: Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью в практике врача – терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача – терапевта участкового.**

#### **Цель изучения:**

систематизация знаний студентов по тактике ведения пациентов с ЦВБ в практике врача терапевта участкового

#### **Задачи:**

1. Рассмотреть вопросы ранней диагностики и профилактики ЦВБ
2. Рассмотреть тактику ведения и вопросы маршрутизации пациентов при подозрении на ОНМК
3. Изучить принципы лечения и диспансерного ведения пациентов, перенесших ОНМК
4. Обучить организации диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК

#### **Обучающийся должен знать:**

- этиологию, клинику нарушений мозгового кровообращения
- факторы риска, предрасполагающие к возникновению и развитию нарушений мозгового кровообращения
- основные принципы лечения и диспансерного наблюдения пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения
- меры первичной, вторичной и третичной профилактики сосудистых нарушений
- проблемы пациентов с нарушениями кровообращения головного мозга.

#### **Обучающийся должен уметь:**

- Осуществлять общее обследование больного.
- Оценить неврологический статус
- Интерпретировать данные обследования пациента.
- Выявить факторы риска развития ОНМК
- Организовать и проводить санитарно-просветительскую работу на участке.

#### **Обучающийся должен владеть:**

- навыками оказания первой врачебной медицинской помощи при подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения.
- методикой осуществления диспансерного наблюдения пациента с ЦВБ.

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме**

#### **1) Ответить на вопросы по теме занятия**

1. Определение, эпидемиология и классификация ОНМК
2. Основные немодифицируемые и модифицируемые факторы риска инсульта
3. Нарушения сердечного ритма как основная причина ОНМК
4. Диагностические методики, составляющие основу скрининга ОНМК
5. Основные клинические проявления и принципы диагностики ОНМК на догоспитальном этапе
6. Принципы маршрутизации пациентов с ОНМК
7. Диспансерное наблюдение и реабилитация пациентов, перенесших ОНМК
8. Меры первичной, вторичной и третичной профилактики инсультов
9. Антикоагулянтная терапия как основной метод профилактики ОНМК у пациентов с нарушениями сердечного ритма
10. Хронические нарушения мозгового кровообращения в практике врача-терапевта участкового

#### **2) Практическая работа.**

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, оформление медицинской документации на амбулаторном приеме).

### 3) Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач
  - Предварительный диагноз;
  - Обоснование диагноза;
  - Определите факторы риска;
  - Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
  - Тактика ведения пациента.
  - Диспансерное наблюдение пациента

#### 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
Мужчина 65 лет обратился на прием в связи с возникшей утром, в 6 часов утра слабостью в левых конечностях, головных болей. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает фибрилляцией предсердий, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Препараты принимает нерегулярно. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 110 в минуту, ритм неправильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании языка отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов слева, рефлекс Бабинского слева.
<b>Предварительный диагноз</b>
ЦВБ. ОНМК по ишемическому кардиоэмболическому типу в бассейне правой среднемозговой артерии Фибрилляция предсердий перманентная, тахисистолическая форма Гипертоническая болезнь III ст., 3 степень АГ, риск 4 (очень высокий). ХСН I ст., ФК I
<b>2 балла:</b> Диагноз поставлен верно.
<b>1 балл:</b> Диагноз поставлен не полностью.
<b>0 баллов:</b> Диагноз поставлен неверно.
<b>Обоснуйте диагноз</b>
Диагноз установлен на основании клинической картины (наличие очаговой неврологической симптоматики – слабость в левых конечностях), данных анамнеза (фибрилляция предсердий в течение многих лет, нерегулярный прием лекарственных препаратов), данных неврологического осмотра (девиация языка влево, снижение силы в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и рефлекс Бабинского слева)
<b>2 балла.</b> Диагноз обоснован верно.
<b>1 балл.</b> Диагноз обоснован не полностью.
<b>0 баллов.</b> Диагноз обоснован неверно.
<b>Тактика на момент осмотра и объем первой врачебной помощи</b>
Каптоприл 25 мг под язык. Динамическое наблюдение за состоянием пациента до приезда бригады СМП Экстренная госпитализация в отделение неотложной неврологии
<b>2 балла:</b> План дополнительного обследования составлен полностью верно.
<b>1 балл:</b> План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
<b>0 баллов:</b> Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>Тактика ведения пациента после выписки из стационара. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.</b>
Амлодипин + Периндоприл 5+8 мг по 1 таблетке утром (целевое АД – менее 130/80 мм рт. ст.) Бисопролол 10 мг по 1 таблетке утром (целевое ЧСС – менее 110 в минуту) Аторвастатин 40 мг по 1 таблетке вечером Варфарин 2,5 мг по 1 таблетке вечером под контролем МНО (целевое МНО – 2,0-3,0) Цитиколин 1000 мг по 1 саше 2 раза в день Медицинская реабилитация
<b>2 балла.</b> Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
<b>1 балл.</b> Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
<b>0 баллов.</b> Ответ неверный
<b>Диспансерное наблюдение пациента</b>
1. _____ Достижение целевых показателей (АД - <130/80 мм рт. ст., ЧСС - < 110 в минуту, общий холестерин – < 4,0 ммоль/л, Х-ЛПНП < 1,8 ммоль/л, ТГ - <1,7 ммоль/л, МНО а пациентов с НРС 2,0-3,0)
2. _____ Глюкоза, холестерин, Х-ЛПНП, креатинин, ОАК, ОАМ, ЭКГ 1 раз в 6 месяцев
3. _____ МНО контроль 1 раз в месяц после достижения целевого уровня
4. _____ Консультация врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) 1 раз в 3 месяца и чаще по показаниям

5. _____ Консультация врача-невролога 1 раз в 6 месяцев и чаще по показаниям
<b>Показания для направления в бюро МСЭ.</b> Выраженные парезы и параличи конечностей, когнитивные нарушения, резко выраженная афазия, вестибуло-атактический синдром
<b>2 балла.</b> Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
<b>1 балл.</b> Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
<b>0 баллов.</b> Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

**Задача 1**

Женщина 70 лет обратился на прием к врачу-терапевту участковому в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Обоснуйте диагноз
3. Тактика на момент осмотра
4. Назовите препараты выбора для лечения пациентки после выписки из стационара
5. Принципы диспансерного наблюдения

**4. Задания для групповой работы**

Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе в поликлинике

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

**Вопросы по теме:**

1. Актуальность проблемы острых и хронических нарушений мозгового кровообращения
2. Этиология и патогенез ОНМК
3. Классификация ОНМК (ишемический – атеротромботический и кардиоэмболический подтипы; геморрагический)
4. Факторы риска ОНМК
5. Значение нарушений ритма сердца в патогенезе ОНМК
6. Основные клинические проявления ОНМК
7. Тактика врача первичного звена здравоохранения при впервые выявленном ОНМК
8. Тактика участкового врача после выписки пациента из стационара
9. Принципы диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК

Реабилитация пациентов, перенесших ОНМК

10. Профилактика ОНМК
11. Хронические нарушения мозгового кровообращения – тактика ведения на амбулаторном этапе

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

1. Болезни системы кровообращения в настоящее время занимают \_\_\_ место по причинам смертности:

- А) 1\*
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4
- Д) 5

2. Ведущим фактором риска по возникновению ОНМК в настоящее время считается:

- А) гиперхолестеринемия
- Б) гипергликемия
- В) артериальная гипертензия\*

- Г) инфаркт миокарда в анамнезе
- Д) гиперурикемия

3. Основными подтипами ишемического ОНМК являются:

- А) кардиоэмболический\*
- Б) сосудистый
- В) атеротромботический\*
- Г) геморрагический

4. При назначении антикоагулянтной терапии пациентам с фибрилляцией предсердий необходимо учитывать:

- А) риск по шкале SCORE
- Б) риск кровотечений по шкале HAS-BLED\*
- В) риск инсульта по шкале CHA<sub>2</sub>-DS<sub>2</sub>-VASc\*
- Г) уровень СКФ
- Д) содержание гемоглобина, эритроцитов

5. К основным группам препаратов, назначаемым пациентам после перенесенного ишемического ОНМК, относятся:

- А) статины\*
- Б) антиагреганты или антикоагулянты\*
- В) антигипертензивные препараты\*
- Г) нейропротекторы\*
- Д) препараты железа

6. Целевыми уровнями АД и Х-ЛПНП для пациентов после перенесенного ОНМК являются:

- А) <140/90, <2.5
- Б) <135/90, <1.5
- В) <140/90, <1.8
- Г) <130/80, < 1.8\*
- Д) < 120/70, <3.0

7. Пациенты должны быть осмотрены врачом-неврологом после перенесенного ОНМК в первый год не реже:

- А) 1 раза в месяц
- Б) 1 раза в 3 месяца\*
- В) 1 раза в 6 месяцев
- Г) 1 раза в год

8. Препаратами выбора антикоагулянтной для вторичной профилактики кардиоэмболического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий являются:

- А) Ацетилсалициловая кислота
- Б) Варфарин\*
- В) Этамзилат
- Г) новые оральные антикоагулянты (Дабигатран, Ривароксабан)\*
- Д) Гепарин

9. Основные меры первичной профилактики ОНМК у пациентов на участке врача-терапевта участкового:

- А) эффективное диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ\*
- Б) регулярное направление на диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры взрослого населения\*
- В) достижение целевых показателей АД, ЧСС, липидного спектра, МНО\*
- Г) регулярное проведение бесед, направленных на коррекцию модифицируемых факторов риска\*

10. При хронических нарушениях мозгового кровообращения врачу-терапевту участковому следует прежде всего:

- А) назначить сосудистые препараты
- Б) достигнуть целевых уровней АД, липидного спектра\*
- В) направить пациента на консультацию врача-невролога
- Г) провести беседу о нормализации режима дня, коррекции выявленных факторов риска\*

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента

2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента
----	--------------------------------------	------------	-----------------------------	----	--------------------------

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.

и другие клинические рекомендации.

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

Сайт Большая медицинская библиотека <http://med-lib.ru>

Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов <https://rnmot.ru/>

Сайт Всероссийского научного общества кардиологов [www.scardio.ru](http://www.scardio.ru)

Сайт Российского респираторного общества [www.pulmonology.ru](http://www.pulmonology.ru)



Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации [www.gastro.ru](http://www.gastro.ru)  
Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: [www.rgnkc.ru](http://www.rgnkc.ru)  
Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины [www.gnicpm.ru](http://www.gnicpm.ru)  
Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН <https://rheumatolog.su/>  
Сайт Российской онкологической научной центра им. Н. Н. Блохина" РАМН <http://www.ronc.ru>  
Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России <https://www.endocrincentr.ru/>  
Сайт Государственный реестр лекарственных средств <http://www.grls.rosminzdrav.ru>  
Сайт «Формулярная система России» <http://www.formular.ru>

## **Раздел 12. Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями. Вакцинация.**

### **Тема 12.2: Профилактика инфекционных заболеваний в амбулаторных условиях. Вакцинопрофилактика**

**Цель занятия:** ознакомить студентов с основными принципами плановой и экстренной профилактики инфекционных заболеваний.  
**Задачи:**

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

#### **Обучающийся должен знать:**

- Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
- Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
- Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
- Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
- Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
- Вакцины, применяемые в рамках Национального календаря профилактических прививок, критерии качества вакцины, требования, предъявляемые к вакцинальным препаратам.
- Условия хранения, транспортировки и уничтожения неиспользованных вакцин; способы введения вакцин.
- Основные понятия и определения: поствакцинальный период, поствакцинальная реакция, поствакцинальное осложнение.
- Критерии диагностики поствакцинальных реакций и осложнений.
- Предупреждение поствакцинальных осложнений.
- Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации.
- Тактику врача при возникновении у детей поствакцинальных реакций и осложнений.
- Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при поствакцинальных реакциях и осложнениях.
- Этиопатогенез и клинические проявления поствакцинальных осложнений (гипертермического синдрома, судорожного синдрома, анафилактического шока, острой дыхательной недостаточности, острой сердечно-сосудистой недостаточности, судорожного синдрома, синдрома угнетения функции ЦНС).
- Дифференциальную диагностику поствакцинальных реакций и осложнений.
- Перечень заболеваний, подлежащих регистрации, расследованию и информации вышестоящих органов Госсанэпиднадзора оформить направление на госпитализацию.

#### **Обучающийся должен уметь:**

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

#### **Обучающийся должен владеть:** (навыки, которые должен освоить студент на данном занятии)

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

## Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

### 1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Характеристики вакцинальных препаратов, используемых в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, допустимые сочетания вакцин при их одномоментном введении.
2. Постоянные и временные противопоказания введения вакцин календаря прививок.
3. Принципы вакцинации пациентов с отклонениями в состоянии здоровья (имеющих хронические заболевания).
4. Основные понятия и определения: поствакцинальный период, поствакцинальные реакции и осложнения
4. Типы и частота неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде: реакции и осложнения, имеющие причинную связь с вакцинацией, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.
5. Профилактика поствакцинальных реакций и осложнений.
6. Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации: мониторинг поствакцинальных осложнений (задачи мониторинга; регистрация, учет и оповещение, расследование).
7. Клинические проявления поствакцинальных осложнений, посиндромная терапия неотложных состояний на догоспитальном этапе.

### 2. Практическая работа.

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

#### Решение тестовых заданий:

1. В местах проведения иммунизации обязательно наличие средств:

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

2. Профилактические прививки проводят гражданам:

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

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

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

4. В состав вакцин входят:

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

5. Плановая иммунизация взрослых осуществляется:

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

6. Холодовая цепь – это:

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

7. К поствакцинальным осложнениям относятся:

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

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

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

9. Оптимальный температурный режим хранения МИБП:

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

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

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

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

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

12. При появлении поствакцинального осложнения врачу следует:

- 1) поставить в известность руководителя ЛПУ
- 2) направить извещение в Территориальный центр Госсанэпиднадзора
- 3) выяснить причины возникновения поствакцинального осложнения
- 4) направить рекламацию в национальный орган контроля иммунобиологических препаратов

13. Для оценки эффективности иммунизации используются показатели:

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

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

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

2) Пример задачи с разбором по алгоритму .

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ</b>
Женщина 28 лет, на дачном участке отмечала присасывание клеща. При исследовании насекомого у него обнаружен вирус клещевого энцефалита. После укуса прошло 3 суток. При осмотре пациентки отклонений в состоянии здоровья не выявлено, t тела в норме.
<b>Вопросы к задаче:</b>
1. алгоритм действий в отношении данной пациентки. 2. показания и правила введения иммуноглобулина против клещевого энцефалита. 3. противопоказания к введению иммуноглобулина против клещевого энцефалита. 4. показания к вакцинации. 5. вакцины, используемые для профилактики клещевого энцефалита. 6. противопоказания к вакцинации против клещевого энцефалита. 7. нежелательные реакции в постпрививочном периоде вакцинопрофилактики. 8. схема вакцинации против клещевого энцефалита у взрослых.
<b>Алгоритм разбора клинической ситуации:</b>
1. Женщина должна быть осмотрена врачом терапевтом или инфекционистом, и для экстренной пассивной иммунизации ей должно быть назначено введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита.
<b>2 балла:</b> Тактика ведения определена верно.
<b>1 балл:</b> Тактика ведения определена не полностью.
<b>0 баллов:</b> Тактика ведения определена не верно.

2. Иммуноглобулин человека против клещевого энцефалита вводят (медленно, глубоко в мышцу) после присасывания клеща в первые 96 часов из расчета 0,1 мл/кг по 5 мл в разные участки тела. Длительность защиты после введения иммуноглобулина — 1 месяц. <b>2 балла:</b> Правила ведения иммуноглобулина соблюдены. <b>1 балл:</b> Допущены несущественные неточности. <b>0 баллов:</b> Правила введения иммуноглобулина не соблюдены
3. Противопоказанием к введению иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита является развитие анафилактического шока или осложнения на предыдущее введение препарата. <b>2 балла:</b> Противопоказания к введению иммуноглобулина названы верно. <b>1 балл:</b> Допущены несущественные неточности. <b>0 баллов:</b> Противопоказания к введению иммуноглобулина не названы.
4. Показаниями к вакцинации против клещевого энцефалита являются: профилактика клещевого энцефалита у лиц, постоянно проживающих на энзоотичных по клещевому энцефалиту территориях; вакцинация лиц, прибывших на эти территории и выполняющих сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, грунтовые, заготовительные, промышленные, геологические, изыскательские, дератизационные и дезинсекционные работы; иммунизация доноров с целью получения специфического иммуноглобулина. 5. Для профилактики клещевого энцефалита используются вакцины: «ЭнцеВир», «Вакцина клещевого энцефалита», «ФСМЕ Им-мун Инъект (FSME-Immun Inject)», «Энцепур взрослый». 6. Противопоказаниями к вакцинации против клещевого энцефалита являются: острые лихорадочные состояния любой этиологии; обострение хронических заболеваний; анамнестические сведения о тяжелых аллергических реакциях на пищу (особенно куриный белок), лекарственные средства; бронхиальная астма; системные заболевания соединительной ткани; выраженная общая (повышение температуры тела выше 40°C) и местная (отек, гиперемия более 8 см в диаметре) реакции или осложнение на предыдущее введение вакцины; туберкулез; ревматизм; эпилепсия с частыми припадками; сердечнососудистая недостаточность II–III ст.; сахарный диабет; злокачественные новообразования; болезни крови; беременность. <b>2 балла:</b> Показания и противопоказания к вакцинации названы верно. <b>1 балл:</b> Допущены несущественные неточности. <b>0 баллов:</b> Показания и противопоказания к вакцинации названы не верно
7. Предвиденные легкие нежелательные явления: незначительная гиперемия кожи и отек, болезненность в месте введения вакцины, исчезающие без лечения через 3–5 суток; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кратковременное нарушение самочувствия, головная боль, боли в мышцах и суставах, увеличение регионарных лимфатических узлов. Предвиденные тяжелые нежелательные явления: анафилактический шок (в первые 24 часа), отек Квинке. <b>2 балла:</b> Нежелательные явления вакцинации названы верно. <b>1 балл:</b> Допущены несущественные неточности. <b>0 баллов:</b> Нежелательные явления вакцинации названы не верно.
8. Первичный курс вакцинации проводят по следующей схеме: 1 прививка — 0,5 мл в выбранный день; 2 прививка — 0,5 мл через 1–3 месяца; 3 прививка — 0,5 мл через 5–12 месяцев. Последующие ревакцинации проводят каждые 3 года однократно. Экстренная схема (используется для вакцины «Энцепур»): 1 прививка — 0,5 мл в выбранный день; 2 прививка — 0,5 мл через 7 дней; 3 прививка — 0,5 мл через 21 день; после завершения вакцинации защитный титр антител сохраняется в течение 12–18 мес, после чего рекомендуется провести ревакцинацию. <b>2 балла:</b> Схемы вакцинопрофилактики названы верно. <b>1 балл:</b> Схемы вакцинопрофилактики названы не полностью. <b>0 баллов:</b> Схемы вакцинопрофилактики не названы.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

**Оцените клинические задачи, сформулируйте тактику ведения пациентов, заполните необходимую медицинскую документацию.**

А) Водитель автомобиля 40 лет подвозил мужчину, который находился в тяжелом состоянии, от деревни до больницы. В приёмном покое больницы у пациента была диагностирована дифтерия ротоглотки, распространенная форма. За последние 26 лет водитель за медицинской помощью не обращался, только проходил регулярные медицинские осмотры, был здоров. При его осмотре отклонений в состоянии здоровья не выявлено.

Б) К терапевту обратилась женщина 25 лет. У её мужа при плановом обследовании перед операцией выявлен HBs – антиген. Женщина планирует беременность.

#### 4. Задания для групповой работы:

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

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

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

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

#### Вопросы по теме:

1. Национальный календарь прививок.
2. Вакцинация по эпидпоказаниям
3. Постпрививочные реакции и осложнения: тактика врача терапевта-участкового.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания:**

1. Профилактические прививки проводятся с целью создания:

- а) активного специфического иммунитета
- б) пассивного специфического иммунитета
- в) неспецифического иммунитета

2. Активный специфический иммунитет создаётся при введении:

- а) иммуноглобулина
- б) анатоксина
- в) вакцины
- г) сыворотки

3. Пассивный специфический иммунитет создаётся при введении:

- а) вакцины
- б) иммуноглобулина
- в) анатоксина
- г) сыворотки

4. Вакцина содержит:

- а) живые ослабленные микроорганизмы
- б) убитые микроорганизмы
- в) готовые антитела

5. Сыворотка содержит:

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

6. Какой препарат используется для вакцинации против туберкулёза?

- а) живая вакцина
- б) анатоксин
- в) иммуноглобулин

7. Какой препарат используется для вакцинации против дифтерии?

- а) живая вакцина
- б) убитая вакцина
- в) анатоксин

8. Какой минимальный интервал может быть между введением разных вакцин?:

- а) 2 недели;
- б) 1 месяц;
- в) 2 месяца;
- г) 6 месяцев

9. Методом для проверки формирования поствакцинального иммунитета против кори является:

- а) серологический;
- б) вирусологический;
- в) аллергологический;
- г) молекулярно-генетический.

10. Минимальный уровень защитного противодифтерийного антитоксина в сыворотке крови составляет:

- а) 0,01 МЕ/мл;
- б) 0,03 МЕ/мл;
- в) 0,1 МЕ/мл;
- г) 0,3 МЕ/мл.

11. Медсестре, обнаружившей трещину на ампуле с вакциной, следует:

- а) считать вакцину пригодной;
- б) считать вакцину условно пригодной;
- в) считать вакцину непригодной.

12. Возникновение поствакцинальных реакций может быть следствием:

- а) нарушения условий хранения вакцины;
- б) нарушения процедуры иммунизации;
- в) неправильного отбора лиц на иммунизацию;
- г) индивидуальной реактивности организма;
- д) перенесенного ранее заболевания, против которого проводится прививка)

13. Свидетельством сильной общей реакции на введение вакцины является повышение температуры:

- а) выше 39°C;
- б) выше 38°C;
- в) выше 37°C;
- г) выше 40°C

14. Женщина, привитая против краснухи, должна быть предупреждена, что ей следует избегать беременности в течение:

- а) 1 месяца после прививки;
- б) 2 месяца после прививки;
- в) 3 месяца после прививки;
- г) 6 месяца после прививки;
- д) 1 год после прививки.

15. Возможные осложнения при введении иммуноглобулинов и сывороток:

- а)аллергизация;
- б)перенос инфекции в шприце;
- в)вторичная супрессия синтеза собственных иммуноглобулинов;
- г)невынашивание беременности;
- д)все перечисленное верно.

16. Противопоказания для проведения вакцинации:

- а)острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
- б)обострение хронических патологических процессов;
- в)тяжелые аллергические заболевания;
- г)заболевания ЦНС, печени, почек, сердца;
- д)все перечисленное верно.

#### **Рекомендуемая литература:**

##### **Основная литература**

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

##### **Дополнительная литература**

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

#### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
7. Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
10. Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.

и другие клинические рекомендации.

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

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

#### **Раздел 14. Особенности работы участкового терапевта с пациентами разных групп населения, в т.ч. с пациентами геронтологического контингента, беременными.**

##### **Тема 14.3. Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии.**

#### **Цель изучения:**

Закрепить знания и умения по тактике ведения женщин детородного возраста и беременных женщин в работе врача-терапевта участкового.

#### **Задачи:**

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию, принципы организации оказания медицинской помощи беременным женщинам и пациенткам с экстрагенитальной патологией в РФ и задачи врача-терапевта участкового.
2. Обсудить структуру, факторы риска, методы диагностики и тактику ведения женщин детородного возраста при экстрагенитальной патологии (ХНИЗ, артериальная гипертензия, преэклампсия, пороками сердца, анемия, поражением почек, печени, алкоголизм, курение, инфекционная патология) в амбулаторных условиях.
3. Обучить принципам оказания помощи (профилактика, формирование ЗОЖ, ранняя диагностика, организация лечения, показания для госпитализации) в амбулаторных условиях.

#### **Обучающийся должен знать:**

- принципы организации оказания медицинской помощи беременным женщинам и пациенткам с экстрагенитальной патологией в РФ
- задачи врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи беременным женщинам и пациенткам с экстрагенитальной патологией
- принципы диагностики экстрагенитальной патологии и факторов риска ее развития у женщин фертильного возраста в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом участковым в рамках диспансерного наблюдения,
- принципы ведения беременных женщин врачом-терапевтом участковым;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов
- характеристику и показания/противопоказания в рамках дифференцированного подхода к лечению артериальной гипертензии у пациенток, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- алгоритм оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях (преэклампсия, эклампсия);

- принципы и методы осуществления профилактики экстрагенитальной патологии и факторов риска ее развития у женщин фертильного возраста врачом-терапевтом участковым.

**Обучающийся должен уметь:**

- применить алгоритм ведения женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом участковым;
- использовать принципы ведения беременных женщин врачом-терапевтом участковым
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения, диспансерного наблюдения;
- применить алгоритм неотложной помощи при urgentных состояниях в амбулаторных условиях (преэклампсия, эклампсия);
- использовать принципы и методы профилактики экстрагенитальной патологии и факторов риска ее развития у женщин фертильного возраста.

**Обучающийся должен владеть:** (навыки, которые должен освоить студент на данном занятии)

- методикой амбулаторного приема пациентов;
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками краткого профилактического консультирования;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы обследования и лечения пациентов с экстрагенитальной патологией;
- методикой составления индивидуальной программы профилактики
- методикой проведения дородового патронажа
- навыками использования клинических рекомендаций и протоколов для составления плана лечения.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

1. Характеристика состояния репродуктивного здоровья женщин
2. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья в законодательстве РФ
3. Принципы диспансерного наблюдения женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией
4. Особенности распространенности факторов риска ХНИЗ среди женской популяции
5. Последствия избыточного веса и ожирения беременных для новорожденных и для женщин
6. Эпидемиология гипертензионных расстройств при беременности
7. Классификация гипертензионных расстройств у беременных
8. Адаптационные изменения, происходящие в организме женщины, при физиологически протекающей беременности
9. Оценка риска венозных тромбозов при физиологически протекающей беременности
10. Профилактика преэклампсии у беременных
11. Планирование беременности пациенткам с аг и другой экстрагенитальной патологией
12. Принципы лечения аг у беременных
13. Принципы лечения анемии у беременных

**2. Практическая работа.**

- оформить запись дородового патронажа в учебной медицинской амбулаторной карте
- оформить рекомендации по формированию ЗОЖ и сценарий краткого профилактического консультирования пациенткам фертильного возраста при выявлении факторов риска ХНИЗ (курения, ожирения, гиперхолестеринемии, АД, нарушений углеводного обмена)
- подготовить рекомендации по образу жизни и питанию беременной пациентке с анемией

**3. Решить ситуационные задачи**

- 1) Алгоритм разбора задач
  - Сформулируйте диагноз;
  - Определите объем необходимых исследований для постановки правильного диагноза
  - Определите тактику лечения;
  - Определите критерии эффективности лечения
  - Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

<b>Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы</b>
У беременной со сроком 30 недель при очередном обследовании выявлены изменения в анализе крови: Hb - 105г/л, эритроциты $3 \times 10^{12}$ /л, в мазке крови преобладают микроциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз.
<b>Сформулируйте диагноз в данной клинической ситуации.</b>
Беременность, III триместр, срок 30 недель. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
<b>2 балла:</b> Ответ соответствует эталону



<b>1 балл:</b> Диагноз сформулирован правильно, неправильно определена степень тяжести
<b>0 баллов:</b> Диагноз сформулирован неправильно
<b>Определите объем необходимых исследований для постановки правильного диагноза</b>
В ОАК, выполненном на автоматическом гематологическом анализаторе: снижаются средний объем эритроцита (mean corpuscular volume — MCV) (менее 80 фл), среднее содержание Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin — MCH) (менее 26 пг), средняя концентрация Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin concentration — MCHC) (менее 320 г/л), повышается степень анизцитоза эритроцитов (red blood cell distribution width — RDW) (более 14%). В биохимическом анализе крови ориентируются на снижение концентрации сывороточного железа — СЖ (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки — ОЖСС (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом — НТЖ (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина — СФ (менее 30 нг/мл или мкг/л). В последние годы появилась возможность определения растворимых трансферриновых рецепторов (рТФР), концентрация которых в условиях дефицита железа увеличивается (более 2,9 мкг/мл).
<b>2 балла:</b> Перечислены все исследования
<b>1 балл:</b> Перечислил не менее 50% исследования
<b>0 баллов:</b> Перечислил менее 50% исследований
<b>Определите тактику лечения заболевания</b>
Наряду с рекомендацией по питанию (употребление в пищу красного мяса) назначено лечение препаратами железа двух или трехвалентными. Предпочтение отдается препаратам трехвалентного железа. Препараты назначены в полной терапевтической дозировке (200-300мг), указана достаточная длительность курса лечения - минимум 3 мес.
<b>2 балла:</b> Ответ в целом соответствует эталону
<b>1 балл:</b> Лечение ЖДА назначено, не отражено предпочтение препаратам трехвалентного железа, не определена или неправильно определена минимальная длительность курса лечения при анемии легкой степени.
<b>0 баллов:</b> Не назначены препараты железа, рекомендована коррекция диеты.
<b>Критериями эффективности лечения ЖДА препаратами железа</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ретикулоцитарная реакция: на 7–10-й день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается (обычно на 2–3% или 20–30%) по сравнению с их количеством до начала лечения;</li> <li>• повышение концентрации Hb к концу 4 нед. лечения препаратами железа на 10 г/л и гематокрита на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения;</li> <li>• исчезновение клинических проявлений заболевания через 1–1,5 мес. от начала лечения препаратами железа;</li> <li>• преодоление тканевой сидеропении и восполнение железа в депо через 3–6 мес. от начала лечения (в зависимости от степени тяжести анемии), что контролируется по нормализации концентрации СФ (более 30 мкг/л)</li> </ul>
<b>2 балла:</b> Ответ соответствует эталону
<b>1 балл:</b> Правильно определил не менее 50% критериев эффективности лечения ЖДА
<b>0 баллов:</b> Правильно определил менее 50% критериев эффективности лечения ЖДА
<b>Проведите экспертизу временной нетрудоспособности</b>
При анемии легкой степени пациенты трудоспособны.
<b>2 балла:</b> Ответ соответствует эталону
<b>1 балл:</b> Определена временная нетрудоспособность в связи с беременностью
<b>0 баллов:</b> Определена временная нетрудоспособность в связи с заболеванием

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

**Задача 1**

Женщина 29 лет находится в бессознательном состоянии. Со слов родственников был приступ судорог. АД 180/100 мм ртутного столба, пульс 100 ударов в минуту, число дыхательных движений 30 в 1 минуту, выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Беременность 32 недели. В анамнезе: хронический гломерулонефрит; гипертоническая болезнь; до прибытия бригады скорой помощи принимала гипотензивные средства и транквилизаторы.

**Задача 2**

Женщина 39 лет, работает бухгалтером, АГ 1 степени, I стадии, риск 2, получает ингибитор АПФ, целевой уровень АД достигнут, планирует беременность. Наследственность не отягощена. Среди выявленных факторов риска: ожирение I ст, нерациональное питание, избыточное потребление соли, низкая физическая активность. Установите группу здоровья. Составьте план ведения и рекомендации по ЗОЖ

**Задача 3**

Пациентка П. 25 лет, 20 недель беременности, жалобы на частые, болезненные мочеиспускания. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°C, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отеков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм правильный. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный.

**4.Задания для групповой работы**

Составление мини-кейсов, разбор клинической ситуации «На приеме пациентка, по итогам прохождения профилактического медицинского осмотра/диспансеризации выявлены факторы риска....».

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

**Вопросы по теме:**

1. Этиология и патогенез гестационной артериальной гипертензии.
2. Классификация артериальной гипертензии у беременных.
3. Диагностические критерии гестационной артериальной гипертензии и тактика ведения
4. Осложнения артериальной гипертензии у беременных и неотложная помощь.
5. Беременность и инфекционные заболевания: особенности ведения. (ОРВИ, грипп, ВИЧ, гепатиты)
6. Беременность и заболевания крови (анемии различного генеза, наследственные нарушения системы гемостаза): особенности ведения.
7. Эндокринная патология и беременность (сахарный диабет, гипо - и гипертиреоз): особенности ведения.
8. Беременность и заболевания органов мочевого выделения (бессимптомная бактериурия, цистит и пиелонефрит): особенности ведения.
9. Беременность и заболевания органов дыхания бронхиальная астма, туберкулез легких): особенности ведения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания:**

- 1) В 3 триместре беременности не рекомендуется сон на спине потому, что:
  - а) Возможно сдавление петель пуповины, если плацента расположена по задней стенке матки
  - б) Уменьшается венозный возврат к сердцу\*
  - в) Предрасполагает к западению языка и асфиксии
  - г) Способствует возникновению радикулярных болей
  - д) Ограничивает свободу движений плода в наибольшей степени
- 2) В оценке состояния дыхательной системы у беременных с бронхиальной астмой вне обострения наиболее информативно:
  - а) Уплотнение стенок бронхов среднего калибра при магнитно-резонансной томографии грудной клетки
  - б) Рассеянные сухие хрипы при аускультации
  - в) Регистрация снижения максимальной скорости выдоха и объема форсированного выдоха при динамической спирографии\*
  - г) Вязкая слизь в бронхах при бронхоскопии
  - д) Эозинофилия в периферической крови
- 3) На благоприятный прогноз заболеваний печени у беременных можно рассчитывать при:
  - а) Холестаза беременных \*
  - б) Остром гепатите E
  - в) Острой жировой дистрофии печени
  - г) HELLP синдроме
  - д) Билиарном циррозе
- 4) Понятие «планирование семьи» включает:
  - а) Профилактику нежелательной беременности\*
  - б) Регулирование интервалов между беременностями\*
  - в) Консультирование и обследование женщин с бесплодием\*
  - г) Своевременное до 12 нед. направление на аборт
- 5) Спаечный процесс в полости малого таза развивается при:
  - а) Хламидиозе\*
  - б) Гарднереллезе
  - в) Гонорее\*
  - г) Генитальном герпесе
- 6) Инфицирование ВПЧ может привести к следующим заболеваниям:
  - а) Дисплазии шейки матки\*
  - б) Бовеноидному папулезу\*
  - в) Остроконечным кондиломам\*
  - г) Раку влагалища\*
- 7) К возникновению мастопатии предрасполагают:
  - а) Раннее наступление менархе\*
  - б) Отсутствие родов\*
  - в) Ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертония\*
  - г) Неоднократное выполнение медицинских абортов\*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

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

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

#### Дополнительная литература

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

#### Клинические рекомендации, методические рекомендации

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
- 5) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 6) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 7) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 8) Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
- 9) Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- 10) Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
- 11) Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.

и другие клинические рекомендации.

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

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

#### **Тема 14.4: Герiatricеские синдромы. Показания для направления к герiatricу.**

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

**Задачи:**

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

**Обучающийся должен знать:**

- основные принципы организации лечебно-профилактической помощи герiatricеским пациентам
- особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового при выявлении старческой астении и герiatricеских синдромов
- задачи врача-терапевта участкового при работе с пациентами герiatricеского профиля-
- клиническая симптоматика и патогенез основных герiatricеских синдромов, их профилактика, диагностика и принципы лечения
- основные подходы к ведению пациентов, основы фармакотерапии в герiatricеской практике.
- основы немедикаментозной терапии.

**Обучающийся должен уметь:**

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

**Обучающийся должен владеть:**

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

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:**

- 1) Понятие «биологический» и «хронологический» возраст: определение, современные
- 2) методы диагностики.
- 3) -Биологические маркеры старения, их виды.
- 4) -Особенности физиологических изменений в организме пожилого человека.
- 5) . Этиология и патогенез старческой астении.
- 6) . Выявление синдрома старческой астении. Шкала «Возраст не помеха»
- 7) . Выявление основных герiatricеских синдромов.
- 8) .Организация длительного ухода за хрупкими пациентами, создание безопасной окружающей среды.
- 9) . Методы профилактики старческой астении.
- 10) .Особенности фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста.

**2. Практическая работа.**

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

**Решите тестовые задания:**

1. В нашей стране доля лиц пожилого и старческого возраста постоянно:

- А) снижается
- Б) растет

2. Какие аспекты старения изучает геронтология?

- А) биологические
- Б) медицинские
- В) социальные
- Г) психологические
- Д) гигиенические
- Е) экономические
- Ж) все верно

3. Гериатрия является:

- А) составной частью геронтологии
- Б) отдельная наука, изучающая процессы старения

4. Какое из ниже перечисленных убеждений является верным?

- А) старение- это болезнь, с возрастом увеличивается патологическая пораженность
- Б) старение не является болезнью, это неизбежный (физиологический) этап развития организма.

5. Диагностика болезней у людей старших возрастных групп требует иных подходов, является более сложной и трудоемкой. Это связано:

- А) полиморбидностью патологии
- Б) стертым и атипичным течением болезней
- В) возрастными изменениями, при которых степень тяжести поражения организма не соответствует маловыраженной симптоматике заболевания
- Г) все верно

6. Дозы лекарственных препаратов, назначаемых пожилым людям, должны быть:

- А) выше доз, рекомендуемых людям среднего возраста
- Б) ниже в 1,5-2 раза доз, рекомендуемых людям среднего возраста.
- В) не отличаются от обычных среднетерапевтических доз

7. Ятрогенные болезни в пожилом возрасте являются результатом:

- А) отрицательного воздействия неправильно понятых больным слов врача
- Б) неадекватного медикаментозного и физиотерапевтического лечения
- В) массивного инструментального обследования
- Г) все верно

8. Профилактическое направление в геронтологии преследует следующие цели:

- А) борьба с преждевременным старением
- Б) выявление факторов риска, приводящих к старению
- В) своевременное лечение заболеваний и старческих недугов
- Г) все верно

9. Фармакокинетика отражает

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

10. Фармакодинамика отражает

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

**3. Решить ситуационные задачи.**

1) Алгоритм разбора задач

- Оценить состояние пациента
- Интерпретировать данные исследований
- Выявить признаки старческой астении
- Сформулировать диагноз
- Тактика ведения пациента

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

**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ**

Больная А.Н., 78 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота; периодические боли в области сердца колющего характера, сердцебиение, одышку при ходьбе, перебои в работе сердца.

**Из анамнеза:** известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые носовые кровотечения, появились кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Последнее ухудшение состояния связать ни с чем не может. Носовые кровотечения возникают спонтанно.

**При осмотре:** общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,2С. Кожа бледная. На коже бёдер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, имеющих различную окраску – багрово-красную, синюю, зелёную, жёлтую.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. При аускультации тоны сердца тихие, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 70 в минуту. АД 110 и 60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не

выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову 9\*8\*7 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.  
**Общий анализ крови:** Эр.- 2,1\*10<sup>12</sup>/л; Hb-70г/л; ЦП-1,0; ретикулоциты-2%; Le.- 2,5\*10<sup>9</sup>/л, лейкоформула: п/я-1%, с/я-52%, л-40%, м-7%; Тг.-50\*10<sup>6</sup>/л. СОЭ-47 мм/час.  
 ЭКГ: Ритм синусовый (ЧСС 70 в минуту). Предвозбуждение желудочков (WPW). Укорочение интервала P – R в сочетании с волной Δ, расширение комплекса QRS, распространенные изменения ST-T.

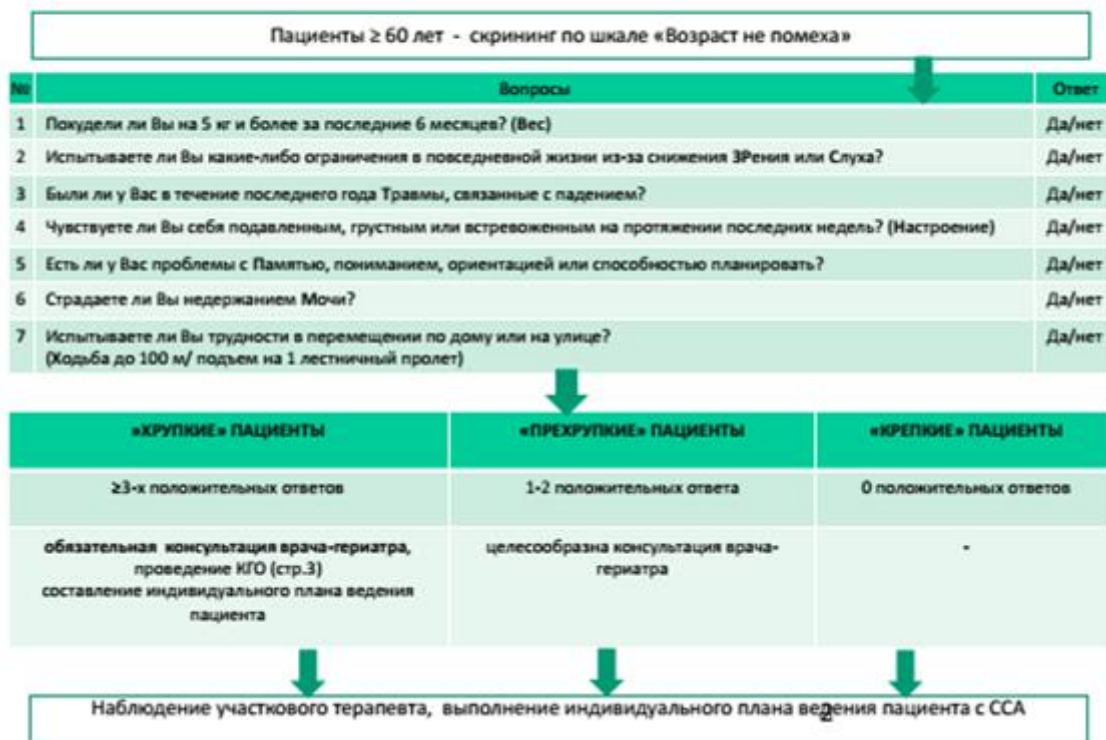
**Вопросы к задаче:**

1. Дайте характеристику картины крови данной больной.
2. О каких заболеваниях следует думать в первую очередь?
3. Тактика ведения пациентки

**Алгоритм разбора клинической ситуации:**

1. У больной имеет место панцитопения, анемия, повышение СОЭ.
  2. Необходимо в первую очередь думать: а) апластической анемии; б) гемобластозах; в) В12-дефицитной анемии; г) метастазах рака в костный мозг (т.е. метapластической анемии).
  3. Необходима госпитализация в стационар, комплексное обследование, консультации гематолога (с проведением стеральной пункции), кардиолога.
- Для выявления синдрома старческой астении – опрос по шкале «Возраст не помеха» и решение вопроса о консультации гериатра.

### Алгоритм диагностики ССА



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

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

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

- 3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

**Задача 1**

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

**Задача 2**

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

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

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

**Вопросы по теме:**

- 1) Современные представления о механизмах развития старческой астении.
- 2) Сравнительная оценка факторов, влияющих развитие старческой астении.
- 3) Роль врача-терапевта участкового в выявлении и оказании помощи пациентам с гериатрическими синдромами
- 4) Синдром падений у пожилых, особенности формирования, профилактики и лечения
- 5) Нарушения питания у пожилых, особенности формирования, профилактики и лечения
- 6) Особенности фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста. Фармакологические каскады у пожилых

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовые задания:**

1. Увеличивается ли заболеваемость раком щитовидной железы

- а) нет
- б) да

2. Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы

- а) аутоиммунный тиреоидит
- б) узловой зоб
- г) аденома щитовидной железы
- д) все выше перечисленные

3. Какие методы используются для скрининга рака щитовидной железы

- а) пальпация в сочетании с УЗИ
- б) пункционно-аспирационная биопсия
- в) цитологическое исследование
- г) УЗИ с биопсией

4. Кашель при раке легкого обусловлен:

- А) прорастанием нервов бронхов
- Б) раздражением слизистой бронхов
- В) сужением бронха
- Г) блокадой лимфооттока

5. Боль при раке легкого обусловлена:

- А) смещением средостения
- Б) развитием ателектаза
- В) сдавлением и прорастанием нервов
- Г) плевритом

6. Кровохаркание при раке легкого обусловлено:

- А) обтурацией бронха
- Б) обширным метастазированием
- В) неоперабельной ситуацией
- Г) распадом опухоли

7. Одышка при раке легкого может быть обусловлена:

- А) обширным ателектазом
- Б) сердечно – легочной недостаточностью
- В) прорастанием плевры
- Г) плевритом

8. Основные пути метастазирования при раке легкого в лимфоузлы

- А) надключичные
- Б) смежных сегментов легкого
- В) средостения
- Г) подключичные

9. Предраковые заболевания легких:

- А) хроническая пневмония
- Б) пневмосклероз
- В) гамартома
- Г) абсцесс

10. Последовательность по частоте локализации отдаленных метастазов при раке желудка

- а) легкие
- б) поджелудочная железа
- в) головной мозг
- г) печень

11. Симптомы раннего рака желудка

- а) симптомы заболевания, на фоне которого развился рак
- б) боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу
- в) большая потеря массы тела
- г) плохой аппетит

12. Установите соответствие:

Выбрать методы исследования при раке желудка:

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

13. Какая локализация второй опухоли (вне репродуктивной системы) наиболее характерна для рака тела матки:

- а) кожа
- б) желудок
- в) прямая кишка

14. С какими опухолями чаще всего сочетаются опухоли яичников:

- а) сигмовидной кишки
- б) кожи
- в) почки

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

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

#### Дополнительная литература

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



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

#### **Клинические рекомендации, методические рекомендации**

- 1) Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
- 2) Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
- 3) Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2018 г.
- 4) Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2016 г.
- 5) Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
- 6) Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2016 г.
- 7) Клинические Рекомендации Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. 2017 г.
- 8) Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2016 г.
- 9) Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2018 г.
- 10) Национальные рекомендации Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению, 2012 г.
- 11) Клинические рекомендации Старческая астения, 2018 г.

и другие клинические рекомендации.

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

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

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

**Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии**

**Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)**

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся  
по дисциплине (модулю)**

**«Поликлиническая терапия»**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

**1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
<b>ПК - 2</b>	1 способностью и готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения	31. Знать принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов	У1. Участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	В1. Методами ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 разделы.	9, 10, 11, 12 семестры
		32. Принципы предупреждения возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний.	У2. Осуществлять общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни.	В2. Оценивать эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными.		

		33. Организацию флюорографических осмотров взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза;	У3. Организовать и провести флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза	В3. Методикой проведения флюорографических осмотров взрослого населения и подростков с целью раннего и своевременного выявления туберкулеза.		
		34. Методические подходы к формированию навыков здорового образа жизни; основы профилактической медицины, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; приоритеты диспансерного метода в работе врача первичного звена	У4. Проводить с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее встречающихся заболеваний; пропагандировать здоровый образ жизни; распределять больных по диспансерным группам с учетом состояния здоровья; определять эффективность проведенных мероприятий.	В4. Составлением программ диспансеризации, осуществлением контроля за ее выполнением; алгоритмом выписывания рецепта амбулаторному больному (с учетом социальных прав); методикой составления оздоровительных и реабилитационных программ по коррекции физического развития и профилактическому лечению согласно федеральным и региональным стандартам.		

<b>ПК - 7</b>	готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	31. Вопросы экспертизы нетрудоспособности; правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации	У1. Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; выписать рецепт	В1. Навыками ведения медицинской документации в соответствии с требованиями	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 разделы.	9, 10, 11, 12 семестры
		32. Нормативно-правовую базу врачебной экспертизы трудоспособности	У2. Оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	В2. Методами оценки временной и стойкой утраты трудоспособности		
<b>ПК - 9</b>	готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	34. Стандарты и протоколы при лечении различных нозологических форм заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	У4. Осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	В4. Способностью к назначению адекватного лечения больным в соответствии с выставленным диагнозом.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 разделы.	9, 10, 11, 12 семестры
		35. Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации насе-	У5. Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекцион-	В5. Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту		

		ления, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой	ным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов			
--	--	--	---	--	--	--

**2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания**

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/не зачтено	Удовлетворительно/зачтено	Хорошо/зачтено	Отлично/зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<b>ПК - 2</b>						
<b>Знать:</b>						
<b>31.</b>	<b>Фрагментарные знания</b> принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов	<b>Общие, но не структурированные знания</b> принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов .	<b>Сформированные систематические знания</b> принципов диспансерного наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, реабилитацию пациентов	Собеседование по ситуационным задачам; тестирование письменное; индивидуальные домашние задания, защита медицинской карты амбулаторного пациента	Тестирование. Устное собеседование. Прием практических навыков
<b>32.</b>	<b>Фрагментарные знания</b> принципов предупреждения возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний.	<b>Общие, но не структурированные знания</b> принципов предупреждения возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний.	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> принципов предупреждения возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний.	<b>Сформированные систематические знания</b> принципов предупреждения возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний.		
<b>33.</b>	<b>Фрагментарные знания</b> организации флюорографических осмотров взрослого населения и	<b>Общие, но не структурированные знания</b> организации флюорографических осмотров взрослого населения и подростков	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> организации флюорографических	<b>Сформированные систематические знания</b> организации флюорографических осмотров		

34.	подростков с целью раннего выявления туберкулеза	с целью раннего выявления туберкулеза	осмотров взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза	взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза		
	<b>Фрагментарные знания</b> методических подходов к формированию навыков здорового образа жизни; основы профилактической медицины, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; приоритеты диспансерного метода в работе врача первичного звена	<b>Общие, но не структурированные знания</b> методических подходов к формированию навыков здорового образа жизни; основы профилактической медицины, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; приоритеты диспансерного метода в работе врача первичного звена	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> методических подходов к формированию навыков здорового образа жизни; основы профилактической медицины, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; приоритеты диспансерного метода в работе врача первичного звена	<b>Сформированные систематические знания</b> методических подходов к формированию навыков здорового образа жизни; основы профилактической медицины, заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов; приоритеты диспансерного метода в работе врача первичного звена		
Уметь: У1.  У2.	<b>Частично освоенное умение</b> участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	<b>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение</b> участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи	<b>Сформированное умение</b> участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи и реабилитационной помощи		
	<b>Частично освоенное умение</b> осуществлять общеоздоровительные мероприятия	<b>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение</b> осуществлять общеоздоровительные мероприятия	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> осуществлять	<b>Сформированное умение</b> осуществлять общеоздоровительные мероприятия		

УЗ.	по воспитанию здорового образа жизни.	ные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни.	общеоздоровительные мероприятия по воспитанию здорового образа жизни.	по воспитанию здорового образа жизни.		
У4.	<b>Частично освоенное умение</b> организовать и провести флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза	<b>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение</b> организовать и провести флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> организовать и провести флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза	<b>Сформированное умение</b> организовать и провести флюорографические осмотры взрослого населения и подростков с целью раннего выявления туберкулеза		
	<b>Частично освоенное умение</b> проведения с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее встречающихся заболеваний; пропагандировать здоровый образ жизни; распределять больных по диспансерным группам с учетом состояния здоровья; определять эффективность проведенных мероприятий.	<b>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение</b> проведения с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее встречающихся заболеваний; пропагандировать здоровый образ жизни; распределять больных по диспансерным группам с учетом состояния здоровья; определять эффективность проведенных мероприятий.	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> проведения с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее встречающихся заболеваний; пропагандировать здоровый образ жизни; распределять больных по диспансерным группам с учетом состояния здоровья; определять эффективность проведенных мероприятий.	<b>Сформированное умение</b> проведения с населением прикрепленного участка мероприятия по первичной и вторичной профилактике наиболее встречающихся заболеваний; пропагандировать здоровый образ жизни; распределять больных по диспансерным группам с учетом состояния здоровья; определять эффективность проведенных мероприятий.		

<p><b>Владеть:</b> <b>В1.</b></p>	<p><b>Фрагментарное применение</b> навыков ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения</p>	<p><b>В целом успешное, но не систематическое применение</b> навыков ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения</p>	<p><b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение</b> навыков ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения</p>	<p><b>Успешное и систематическое применение</b> навыков ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях по вопросам профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществления диспансерного наблюдения</p>		
<p><b>В2.</b></p>	<p><b>Фрагментарное применение</b> навыков оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными.</p>	<p><b>В целом успешное, но не систематическое применение</b> навыков оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными.</p>	<p><b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение</b> навыков оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными.</p>	<p><b>Успешное и систематическое применение</b> навыков оценки эффективности диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными.</p>		
<p><b>В3.</b></p>	<p><b>Фрагментарное применение</b> методики проведения флюорографических осмотров взрослого населения и подростков целью раннего и своевременного выявления туберкулеза.</p>	<p><b>В целом успешное, но не систематическое применение</b> методики проведения флюорографических осмотров взрослого населения и подростков целью раннего и своевременного выявления туберкулеза.</p>	<p><b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение</b> методики проведения флюорографических осмотров взрослого населения и подростков целью раннего и своевременного выявления туберкулеза.</p>	<p><b>Успешное и систематическое применение</b> методики проведения флюорографических осмотров взрослого населения и подростков целью раннего и своевременного выявления туберкулеза.</p>		
<p><b>В4.</b></p>						



	<b>Фрагментарное применение навыков</b> составления программ диспансеризации, осуществлением контроля за ее выполнением; алгоритмом выписывания рецепта амбулаторному больному (с учетом социальных прав); методикой составления оздоровительных и реабилитационных программ по коррекции физического развития и профилактическому лечению согласно федеральным и региональным стандартам.	<b>В целом успешное, но не систематическое применение навыков</b> составления программ диспансеризации, осуществлением контроля за ее выполнением; алгоритмом выписывания рецепта амбулаторному больному (с учетом социальных прав); методикой составления оздоровительных и реабилитационных программ по коррекции физического развития и профилактическому лечению согласно федеральным и региональным стандартам.	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков</b> составления программ диспансеризации, осуществлением контроля за ее выполнением; алгоритмом выписывания рецепта амбулаторному больному (с учетом социальных прав); методикой составления оздоровительных и реабилитационных программ по коррекции физического развития и профилактическому лечению согласно федеральным и региональным стандартам.	<b>Успешное и систематическое применение навыков</b> составления программ диспансеризации, осуществлением контроля за ее выполнением; алгоритмом выписывания рецепта амбулаторному больному (с учетом социальных прав); методикой составления оздоровительных и реабилитационных программ по коррекции физического развития и профилактическому лечению согласно федеральным и региональным стандартам.		
--	--	--	--	---	--	--

**ПК - 7**

<b>Знать:</b> <b>31.</b>  <b>32</b>	<b>Фрагментарные знания</b> вопросов экспертизы нетрудоспособности; правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации	<b>Общие, но не структурированные знания</b> вопросов экспертизы нетрудоспособности; правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации.	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> вопросов экспертизы нетрудоспособности; правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации	<b>Сформированные систематические знания</b> вопросов экспертизы нетрудоспособности; правила ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации	Собеседование по ситуационным задачам; тестирование письменное; индивидуальные домашние задания, защита медицинской карты амбулаторного пациента	Тестирование. Устное собеседование. Прием практических навыков
	<b>Фрагментарные знания</b> нормативно-правовой базы врачебной	<b>Общие, но не структурированные знания</b> нормативно-правовой базы	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы зна-</b>	<b>Сформированные систематические знания</b> нормативно-		

	экспертизы трудоспособности	врачебной экспертизы трудоспособности	ния нормативно-правовой базы врачебной экспертизы трудоспособности	правовой базы врачебной экспертизы трудоспособности		
<b>Уметь: У1.</b>	<b>Частично освоенное умение</b> оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; выписать рецепт	<b>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение</b> оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; выписать рецепт	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; выписать рецепт	<b>Сформированное умение</b> оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента; выписать рецепт		
<b>У2.</b>	<b>Частично освоенное умение</b> оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	<b>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение</b> оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности	<b>Сформированное умение</b> оформлять соответствующую медицинскую документацию, определять необходимость направления больного на МСЭ, проводить профилактику инвалидности		
<b>Владеть В1.</b>	<b>Фрагментарное применение навыков</b> ведения медицинской документации в соответствии с требованиями	<b>В целом успешное, но не систематическое применение навыков</b> ведения медицинской документации в соответствии с требованиями	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков</b> ведения медицинской документации в соответствии	<b>Успешное и систематическое применение навыков</b> ведения медицинской документации в соответствии с требованиями.		

<b>В2.</b>			с требованиями			
	<b>Фрагментарное применение навыков</b> оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	<b>В целом успешное, но не систематическое применение навыков</b> оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков</b> оценки временной и стойкой утраты трудоспособности	<b>Успешное и систематическое применение навыков</b> оценки временной и стойкой утраты трудоспособности		
<b>ПК - 9</b>						
<b>Знать</b> <b>34.</b>	<b>Фрагментарные знания</b> стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	<b>Общие, но не структурированные знания</b> стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<b>Сформированные систематические знания</b> стандартов и протоколов при лечении различных нозологических форм заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Собеседование по ситуационным задачам; тестирование письменное; индивидуальные домашние задания, защита медицинской карты амбулаторного пациента	Тестирование. Устное собеседование. Прием практических навыков
	<b>35.</b>	<b>Фрагментарные знания</b> основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической	<b>Общие, но не структурированные знания</b> основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой.	<b>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания</b> основ организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского		

	культурой		обеспечения занимающих- ся физической культурой	занимающих- ся физической культурой		
<b>Уметь У4.</b>	<b>Частично освоенное умение</b> осу- ществлять ал- горитм выбора медикамен- тозной и не- медикамен- тозной тера- пии больным в амбулатор- ных условиях и условиях дневного ста- ционара.	<b>В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое умение</b> осу- ществлять алго- ритм выбора ме- дикаментозной и немедикаментоз- ной терапии больным в амбу- латорных услови- ях и условиях дневного стацио- нара.	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> осу- ществлять алго- ритм выбо- ра медикамен- тозной и не- медикамен- тозной тера- пии больным в амбулатор- ных условиях и условиях дневного ста- ционара.	<b>Сформиро- ванное уме- ние</b> осу- ществлять ал- горитм выбо- ра медикамен- тозной тера- пии больным в амбулатор- ных условиях и условиях дневного ста- ционара.		
<b>У5.</b>	<b>Частично освоенное умение</b> уста- новить приори- теты для решения про- блем здоровья пациента: критическое (терминаль- ное) состоя- ние, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекцион- ным заболева- нием, инвалид- ность, гериа- трические про- блемы, состо- яние душев- нобольных пациентов	<b>В целом успеш- ное, но не систе- матически осу- ществляемое умение</b> устано- вить приоритеты для решения про- блем здоровья пациента: крити- ческое (терми- нальное) состоя- ние, состояние с хроническим за- болеванием, со- стояние с инфек- ционным заболе- ванием, инвалид- ность, гериа- трические проблемы, состояние душев- нобольных паци- ентов	<b>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение</b> уста- новить приори- теты для решения про- блем здоровья пациента: критическое (терминаль- ное) состоя- ние, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекцион- ным заболева- нием, инвалид- ность, гериа- трические про- блемы, состояние душевноболь- ных пациен- тов	<b>Сформиро- ванное уме- ние</b> устано- вить приори- теты для ре- шения про- блем здоровья пациента: критическое (терминаль- ное) состоя- ние, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекцион- ным заболе- ванием, инва- лидность, ге- риатрические проблемы, состояние душевноболь- ных пациен- тов		
<b>Вла- деть В4.</b>	Фрагментар- ное примене- ние навыков способности к назначению адекватного лечения боль- ным в соот-	В целом успеш- ное, но не систе- матическое при- менение навыков способности к назначению адек- ватного лечения больным в соот-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы при- менение навыков спо- собности к	Успешное и систематиче- ское примене- ние навыков способности к назначению адекватного лечения боль-		

<b>B5.</b>	ветствии с выставленным диагнозом.	ветствии с выставленным диагнозом.	назначению адекватного лечения больным в соответствии с выставленным диагнозом.	ным в соответствии с выставленным диагнозом.		
	Фрагментарное применение навыков постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	В целом успешное, но не систематическое применение навыков постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту	Успешное и систематическое применение навыков постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту		

### **3. Типовые контрольные задания и иные материалы**

#### **3.1. Примерные вопросы к зачету, критерии оценки (ПК2, ПК7, ПК9).**

- 1) Коморбидность и сердечно-сосудистый континуум, концепция факторов риска.
- 2) Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Функции врача – терапевта участкового.
- 3) Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.
- 4) Грипп. Диагностика. Лечение. Осложнения. Критерии тяжести. Показания для госпитализации. Профилактика.
- 5) Алгоритм ведения пациентов с острыми респираторными инфекциями врачом – терапевтом участковым. Критерии тяжести, показания к госпитализации.
- 6) Острые тонзиллофарингиты. Дифференциальная диагностика. Лечение в амбулаторных условиях. Осложнения. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
- 7) Острый бронхит. Диагностика, лечение в амбулаторных условиях. Экспертиза временной нетрудоспособности.
- 8) Алгоритм диагностики, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с бронхиальной астмой. Особенности профилактического консультирования.
- 9) Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при затянувшемся приступе бронхиальной астмы.
- 10) Алгоритм диагностики, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с ХОБЛ. Особенности профилактического консультирования.
- 11) Внебольничная пневмония: алгоритм диагностики и ведения пациентов врачом – терапевтом участковым. Критерии тяжести заболевания, показания для госпитализации. Экспертиза трудоспособности. Диспансерное наблюдение.
- 12) Гипертоническая болезнь. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения.

- 13) Тактика ведения врачом – терапевтом участковым пациента с впервые выявленным повышением артериального давления.
- 14) Алгоритм скрининга и диагностики артериальной гипертензии в практике врача – терапевта участкового. Гипертензия “белого халата” и маскированная гипертензия.
- 15) Артериальная гипертензия у беременных: тактика врача – терапевта участкового.
- 16) Особенности ведения пациентов с коморбидной патологией ХОБЛ и АГ врачом – терапевтом участковым.
- 17) Алгоритм диспансерного наблюдения врачом – терапевтом участковым пациентов с ИБС: стенокардией напряжения. Показания к госпитализации. Экспертиза трудоспособности.
- 18) Алгоритм реабилитации, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом. Роль врача – терапевта участкового.
- 19) Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с ИБС, перенесших хирургические и эндоваскулярные вмешательства на сердце и его сосудах.
- 20) Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с ХСН в практике врача – терапевта участкового.
- 21) Острый коронарный синдром. Диагностика. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- 22) Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе.
- 23) Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
- 24) Констатация смерти в практике врача – терапевта участкового. Оформление документации.

**Оценка «зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

**Оценка «не зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

### **Примерные вопросы к экзамену, критерии оценки (ПК2, ПК7, ПК9).**

1. Основы федерального законодательства о правах и обязанностях пациентов и врачей медицинской организации.
2. Организация первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации. Роль и задачи участковой службы.
3. Организационная структура городской поликлиники. Работа регистратуры. Электронная регистратура.
4. Отделение профилактики поликлиники. Кабинет доврачебного приема.

5. Организация рабочего места и приема пациентов в поликлинике врачом – терапевтом участковым.
6. Основная документация врача – терапевта участкового. Правила ведения медицинской учетной документации.
7. Паспорт врачебного участка.
8. Основные показатели качества работы и критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового.
9. Организация помощи больным на дому. Распределение больных на группы для организации помощи на дому. Возможности телемедицины.
10. Стационар замещающие технологии в практике врача – терапевта участкового.
11. Стационар на дому. Показания и условия организации стационара на дому.
12. Показания для плановой и экстренной госпитализации основного терапевтического контингента больных. Порядок направления больных на госпитализацию.
13. Основные принципы, цели и задачи профилактической помощи населению. Организация деятельности отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых.
14. Порядок проведения и цели диспансеризации определенных групп взрослого населения. Задачи участкового врача при проведении диспансеризации.
15. Порядок организации и алгоритм проведения краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
16. Формы профилактического консультирования, показания к ним и порядок организации. Профилактическое консультирование в работе врача-терапевта участкового.
17. Порядок организации и алгоритм проведения группового профилактического консультирования. Организация школ здоровья.
18. Организация оказания паллиативной помощи в Российской Федерации.
19. Девять контролируемых симптомов при оказании амбулаторной паллиативной помощи в практике врача – терапевта участкового.
20. Оказание помощи пациентам, требующим обезболивания, в работе врача – терапевта участкового.
21. Констатация смерти в практике врача – терапевта участкового. Оформление документации.
22. Коморбидность и сердечно-сосудистый континуум, концепция факторов риска.
23. Группы диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ. Дистанционное диспансерное наблюдение.
24. Критерии разграничения временной и стойкой утраты трудоспособности, особенности ведения документации.
25. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
26. Порядок выдачи листка нетрудоспособности в практике врача – терапевта участкового. Электронный листок нетрудоспособности. Правила оформления медицинской документации.
27. Обязанности лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
28. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи.
29. Обоснования направления пациентов на врачебную комиссию, правила оформления эпикриза на ВК.
30. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности, функции МСЭ, вопросы реабилитации инвалидов.

31. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на МСЭ.
32. Алгоритм и содержание диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ врачом – терапевтом участковым. Основные регламентирующие документы.
33. Организация иммунопрофилактики в работе врача – терапевта участкового. Тактика при выявлении постпрививочных реакций и осложнений.
34. Тактика врача – терапевта участкового при подозрении или выявлении инфекционного заболевания.
35. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг. Роль врача – терапевта участкового.
36. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники.
37. Санаторно-курортное лечение. Общие противопоказания.
38. Санаторно-курортное лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Показания и противопоказания к санаторному лечению.
39. Внебольничная пневмония. Дифференциальная диагностика на амбулаторном этапе. Критерии тяжести.
40. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с фибрилляцией предсердий в практике врача – терапевта участкового.
41. Алгоритм скрининга и диагностики артериальной гипертензии в практике врача – терапевта участкового. Гипертензия “белого халата” и маскированная гипертензия.
42. Концепция хронической болезни почек в работе врача – терапевта участкового. Факторы риска развития ХБП. Кардио-ренальный континуум. Организация диспансерного наблюдения пациентов с ХБП и риском её развития.
43. Организация проведения диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов, перенесших ОНМК в практике врача – терапевта участкового.
44. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при анафилактическом шоке.
45. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при отеке легких.
46. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при затянувшемся приступе бронхиальной астмы.
47. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при развитии острого коронарного синдрома.
48. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе.

**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 предстоя-



щей 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.

### 3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки

#### Примерные тестовые задания для текущего контроля (ПК2, ПК7, ПК9):

1. Выберите все правильные ответы.

В обязанности врача-терапевта участкового 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. 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

4. Выберите один наиболее правильный ответ.

При выявлении инфекционного заболевания на терапевтическом участке оформляется:

- 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.

Законом РФ "О медицинском страховании граждан" № 326 - ФЗ предусмотрены следующие виды медицинского страхования граждан РФ:

- а) обязательное медицинское страхование \*
- б) добровольное медицинское страхование \*
- в) смешанное медицинское страхование
- г) дополнительное медицинское страхование

9. Выберите все правильные ответы.

К морально-этическим нормам поведения врача - терапевта следующие:

- а) взаимоотношения врача с больным, родственниками и близкими больного \*
- б) взаимоотношения врача с коллегами \*
- в) правила ведения медицинской документации
- г) соблюдение врачебной тайны \*

10. Выберите один правильный ответ.

«Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию» (учетная форма N 057/у-04) подписывается:

- а) главным врачом
- б) заместителем главного врача по лечебной работе
- в) председателем врачебной комиссии
- г) заведующим отделением \*

11. Выберите все правильные ответы.

При обслуживании пациентов на дому врач – терапевт участковый обязан обеспечить:

- а) раннее выявление заболеваний \*
- б) своевременное оказание медицинской помощи пациенту \*
- в) посещение больных на дому в день вызова \*
- г) установление группы инвалидности

12. Выберите один правильный ответ.

Учетным документом для регистрации пациента, взятого на диспансерное наблюдение, является:

- а) карта ежегодной диспансеризации
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения \*
- в) статистический талон
- г) амбулаторная карта

13. Выберите один правильный ответ.

Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция:

- а) факторов риска \*
- б) здорового образа жизни
- в) борьбы с вредными привычками
- г) индивидуальной профилактики

14. Выберите один правильный ответ.

По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются \_\_\_\_\_ группы здоровья:

- а) 4
- б) 3 \*
- в) 2
- г) 1

15. Выберите один правильный ответ.

Краткое профилактическое консультирование по итогам 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:

- а) врач отделения медицинской профилактики
- б) врач-терапевт участковый \*
- в) врач дневного стационара
- г) врач-кардиолог поликлиники

16. Выберите один правильный ответ.

Целевой уровень ХС-ЛНП у больных ИБС

- а) <3,0 ммоль/л
- б) <2,5 ммоль/л
- в) <1,8 ммоль/л
- г) <1,5 ммоль/л\*

17. Выберите один правильный ответ.

Сочетание артериальной гипертонии 180/110 мм рт.ст. и сахарного диабета позволяет отнести пациента к группе риска:

- а) низкого
- б) умеренного
- в) высокого
- г) очень высокого \*

18. Выберите один правильный ответ.

Какой гиполипидемический препарат следует рекомендовать пациенту с артериальной гипертонией 2 стадии, 2 степени, риск высокий, с липидным профилем ОХС –7,3 ммоль/л, ХС-ЛНП 4,9 ммоль/л):

- а) холестирамин
- б) розувастатин \*
- в) омега-3 жирные кислоты
- г) эзетимиб

19. Выберите один правильный ответ.

Рацион считается сбалансированным, если

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

20. Выберите все правильные ответы.

Основными принципами построения рациона при ожирении являются:

- а) резкое ограничение потребления легкоусвояемых углеводов \*
- б) частый прием пищи, но в небольших количествах \*
- в) ограничение крахмалосодержащих продуктов \*
- г) снижение потребления овощей и фруктов

21. Выберите один правильный ответ.

Критерием эффективности диспансеризации взрослого населения является:

- а) увеличение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития
- б) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию \*
- в) уменьшение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и увеличение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья
- г) увеличение охвата населения профилактическими прививками

22. Выберите один правильный ответ.

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком:

- а) не более 5 дней
- б) не более 10 дней
- в) не более 15 дней \*
- г) на весь срок лечения

23. Выберите один правильный ответ.

Разрешение на продление листка нетрудоспособности более 15 дней определяется

- а) врачебной комиссией \*
- б) лечащим врачом
- в) главным врачом
- г) заместителем главного врача

24. Выберите один правильный ответ.

Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования:

- а) инвалидам I группы
- б) детям-инвалидам
- в) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами \*
- г) инвалидам по профессиональному заболеванию

25. Выберите все правильные ответы.

Листок нетрудоспособности может быть выдан одному из членов семьи или опекуну ребенка 13 лет, при нахождении:

- а) в стационаре с диагнозом острой пневмонии \*
- б) в стационаре с диагнозом острого аппендицита \*
- в) в детском оздоровительном лагере
- г) в стационаре с диагнозом обострения хронического гломерулонефрита \*

26. Выберите один правильный ответ.

Максимальный срок выдачи листка нетрудоспособности при туберкулезе

- а) 10 дней
- б) 30 дней

- в) 2 месяца
- г) 12 месяцев \*

27. Выберите один правильный ответ.

Пациенту, находящемуся на учете в центре занятости и заболевшему гриппом

- а) выдается листок нетрудоспособности на весь период болезни \*
- б) выдается справка установленного образца сроком на 1 неделю
- в) выдается справка установленного образца на весь период болезни
- г) никакой документ не выдается

28. Выберите один правильный ответ.

Иногороднему пациенту с признаками временной нетрудоспособности выдается:

- а) справка произвольной формы
- б) листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом \*
- в) справка врачебной комиссии медицинской организации
- г) листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом с разрешения главного врача

29. Выберите один правильный ответ.

Основным симптомом риновирусной инфекции является:

- а) высокая лихорадка
- б) выделения из носа \*
- в) изменения в ротоглотке
- г) осиплость голоса

30. Выберите один правильный ответ.

Наиболее характерным симптомом при гриппе является:

- а) экзантема
- б) интоксикация \*
- в) лимфаденопатия
- г) гепатоспленомегалия

31. Выберите один правильный ответ.

Наиболее типичным проявлением для парагриппа является:

- а) назофарингит
- б) ларингит \*
- в) трахеит
- г) пневмония

32. Выберите один правильный ответ.

Диагноз острой респираторной инфекции в амбулаторных условиях устанавливается на основании:

- а) общего анализа крови
- б) клинических данных \*
- в) серологического исследования
- г) анализа мокроты

33. Выберите один правильный ответ.

Укажите наиболее правильное утверждение:

- а) пневмония может быть проявлением микоплазменной инфекции \*
- б) аденовирусная инфекция характеризуется выраженным ларинготрахеитом
- в) риновирусная инфекция характеризуется интенсивным лающим кашлем
- г) грипп сопровождается развитием лимфаденопатии

34. Выберите один правильный ответ.

Поражение мелких бронхов наиболее характерно для:

- а) гриппа
- б) аденовирусной инфекции
- в) респираторно – синцитиальной инфекции \*
- г) риновирусной инфекции

35. Выберите один правильный ответ.

Наличие ларингита свойственно преимущественно для течения:

- а) гриппа
- б) парагриппа\*
- в) аденовирусной инфекции
- г) риновирусной инфекции

36. Выберите все правильные ответы.

Осложнениями гриппа могут быть:

- а) тонзиллит
- б) синусит \*
- в) колит
- г) пневмония \*

37. Выберите все правильные ответы.

Основными симптомами гриппа являются:

- а) головная боль \*
- б) высокая лихорадка \*
- в) гепатоспленомегалия
- г) кашель \*

38. Выберите все правильные ответы.

Симптомокомплекс ларингита включает:

- а) грубый лающий кашель \*
- б) осиплый голос \*
- в) рвота
- г) экзантема;

39. Выберите все правильные ответы.

Для приступа бронхиальной астмы характерно:

- А) развитие в ночное время \*
- Б) экспираторная одышка \*
- В) стридорозное дыхание
- Г) "дистанционные" свистящие хрипы \*

40. Выберите один правильный ответ.

Пациенту с пневмонией при наличии в анамнезе аллергической реакции на пенициллин следует назначить:

- а) кларитромицин \*
- б) амоксициллин
- в) цефазолин
- г) гентамицин

41. Выберите один правильный ответ.

Тактикой врача – терапевта участкового при выявлении у пациента экссудативного плеврита является:

- а) немедленная госпитализация \*
- б) плановая госпитализация
- в) амбулаторное лечение
- г) лечение на дому

42. Выберите все правильные ответы.

Миокардит при инфекционном заболевании может быть следствием:

- а) поражения миокарда возбудителем инфекции \*
- б) воздействия токсинов \*
- в) возникновения иммунопатологических реакций \*
- г) тромбоза коронарных артерий

43. Выберите все правильные ответы.

При миокардитах при регистрации ЭКГ может наблюдаться:

- а) депрессия сегмента st \*
- б) сглаженный или отрицательный зубец t \*
- в) блокада ножек пучка гиса \*
- г) псевдоинфарктный зубец q \*

44. Выберите все правильные ответы.

При тяжелом прогрессирующем течении миокардита возможно применение:

- а) глюкокортикоидных гормонов \*
- б) иммунодепрессантов \*
- в) цефалоспоринов 3 поколения
- г) метаболических средств

45. Выберите один правильный ответ.

Какие цифры артериального давления дают возможность констатировать наличие артериальной гипертензии:

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

46. Выберите один правильный ответ.

К органам-мишеням при гипертонической болезни относятся:

- а) почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
- б) сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
- в) артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
- г) сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза \*

47. Выберите один правильный ответ.

Гипертоническая болезнь II стадии проявляется:

- а) повышением уровня креатинина плазмы свыше 133 мкмоль/л
- б) суточной экскрецией альбумина с мочой в количестве 300–500 мг
- в) снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> \*
- г) наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки

48. Выберите один правильный ответ.

Какой признак не соответствует диагнозу гипертоническая болезнь I стадии у больного 35 лет:

- а) отсутствие изменений глазного дна
- б) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
- в) зубец R в V5–V6 равен 32 мм\*
- г) уровень мочевой кислоты = 348 ммоль/л

49. Выберите один правильный ответ.

При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа:

- а) альдостерома
- б) узелковый периартериит;
- в) феохромоцитома\*
- г) акромегалия

50. Выберите один правильный ответ.

С каких препаратов следует начать лечение пациента 42 лет с артериальной гипертензией I стадии, 1 степени повышения АД и ожирением 3 степени:

- а) индапамид\*
- б) бисопролол
- г) изоптин
- д) эналаприл

### **Критерии оценки:**

«отлично» - 91% и более правильных ответов;

«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;

«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;

«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

### **Примерные тестовые задания для промежуточной аттестации (зачёт) (ПК2, ПК7, ПК9):**

#### **1 уровень не менее 20 заданий:**

1. Выберите один правильный ответ.

К мерам первичной медицинской профилактики относятся:

- а) санаторно-курортное лечение
- б) противорецидивное лечение
- в) гигиеническое воспитание населения \*
- г) реабилитационные мероприятия

2. 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

3. Выберите один правильный ответ.

На льготное лекарственное обеспечение имеют право пациенты с:

- а) сахарным диабетом \*
- б) остеоартритом
- в) язвенной болезнью
- г) ХОБЛ



4. Выберите все правильные ответы.

Учетная форма № 025/у «медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» оформляется:

- а) на пациентов, обращающихся за медицинской помощью только в специализированные 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

5. Выберите все правильные ответы.

Основными разделами деятельности врача-специалиста поликлиники являются:

- а) лечебно-диагностическая работа в поликлинике и на дому \*
- б) консультативная работа в поликлинике и на дому \*
- в) контроль деятельности участкового терапевта
- г) проведение диспансеризации и профосмотров

6. Выберите все правильные ответы.

Преимуществом в работе стационара и поликлиники предусматривает:

- а) подготовку больного к госпитализации \*
- б) анализ расхождений диагнозов поликлиники и стационара \*
- в) анализ обоснованности направления на госпитализацию \*
- г) выполнение рекомендаций врача стационара

7. 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

8. Выберите один правильный ответ.

Краткое профилактическое консультирование по итогам I этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:

- а) врач отделения медицинской профилактики
- б) врач-терапевт участковый \*
- в) врач дневного стационара
- г) врач-кардиолог поликлиники

9. Выберите один правильный ответ.

Краткое профилактическое консультирование занимает \_\_\_\_\_ минут

- а) 60
- б) 30
- в) 10
- г) 3- 5 \*

10. Выберите все правильные ответы.

Избыточная масса тела и ожирение увеличивают риск развития:

- а) артериальной гипертензии \*
- б) ишемической болезни сердца \*
- в) инсулинорезистентности \*

г) бронхиальной астмы

11. Выберите один правильный ответ.

Укажите рекомендуемое ВОЗ потребление фруктов и овощей в сутки (без учета картофеля)

- а) 200 г
- б) 300 г
- в) 500 г \*
- г) 800 г

12. Выберите один правильный ответ.

Высокая распространенность ожирения в развитых странах объясняется:

- а) наличием сбалансированного регулярного питания
- б) недостатком в рационе питания белка
- в) избытком насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов в рационе питания \*
- г) недостатком в рационе питания клетчатки

13. Выберите один правильный ответ.

Наиболее неблагоприятным для здоровья является отложение жира в области:

- а) бедер
- б) талии \*
- в) груди
- г) ягодиц

14. Выберите все правильные ответы.

Тактика ведения пациентов с артериальной гипертензией зависит от:

- А) желания пациента
- Б) наличия факторов риска \*
- В) ассоциированных клинических состояний \*
- Г) поражения органов-мишеней \*

15. Выберите один правильный ответ.

Какая комбинация данных о пациенте необходима для определения риска по шкале SCORE

- а) уровень АД, уровень общего холестерина, уровень глюкозы, пол, возраст
- б) уровень АД, уровень общего холестерина, пол, возраст, курение \*
- в) уровень АД, уровень общего холестерина, уровень глюкозы, возраст, курение
- г) вредные производственные факторы

16. Выберите все правильные ответы.

Право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) имеют:

- а) врачи клиник НИИ протезирования и ортопедии \*
- б) врачи приемных отделений больниц
- в) лечащие врачи медицинских организаций \*
- г) врачи станций скорой медицинской помощи
- д) участковые врачи-терапевты \*

17. Выберите один правильный ответ.

Право на выдачу листков нетрудоспособности имеет:

- а) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии \*
- б) врач – трансфузиолог станции переливания крови
- в) врач – вирусолог лаборатории
- г) врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии

18. Выберите все правильные ответы.

Функциями листка нетрудоспособности являются:

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

19. Выберите один правильный ответ.

Одному из родителей по уходу за больным ребенком до 3 лет с острым заболеванием в амбулаторных условиях выдается:

- а) справка произвольной формы до выздоровления ребенка
- б) листок нетрудоспособности на весь период заболевания \*
- в) листок нетрудоспособности до 7 дней
- г) листок нетрудоспособности до 15 дней

20. Выберите один правильный ответ.

Основным критерием разграничения временной и стойкой нетрудоспособности является:

- а) характер течения заболевания
- б) условия труда
- в) степень выраженности функциональных нарушений
- г) клинический и трудовой прогноз \*

21. Выберите один правильный ответ.

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность работающего гражданина, является:

- а) справка формы 095/у
- б) листок нетрудоспособности \*
- в) справка формы 030/у
- г) справка формы 072/у

22. Выберите все правильные ответы.

В качестве препаратов для муколитической терапии используются:

- а) бромгексин \*
- б) амброксол \*
- в) атропин
- г) ацетилцистеин \*

23. Выберите один правильный ответ.

Антибактериальная терапия хронического бронхита проводится:

- а) при появлении одышки
- б) после перенесенной вирусной инфекции
- в) при обострении заболевания\*
- г) при появлении кровохарканья

24. Выберите один правильный ответ.

Ведущим клиническим признаком дыхательной недостаточности является:

- а) кашель
- б) одышка \*
- в) похудание
- г) головокружение

25. Выберите один правильный ответ.

С целью профилактики кандидоза полости рта при использовании ингаляционных глюко-

кортикоидов пациент должен:

- а) периодически принимать противогрибковые препараты
- б) обрабатывать полость рта противогрибковыми мазями
- в) полоскать рот водой или содовым раствором после ингаляции препаратов \*
- г) делать профилактические перерывы в лечении этими препаратами

26. Выберите все правильные ответы.

К ингалируемым глюкокортикостероидам относятся следующие препараты:

- а) беклометазона дипропионат \*
- б) флютиказона пропионат \*
- в) циклесонид \*
- г) дексаметазон

27. Выберите все правильные ответы.

К селективным бета<sub>2</sub>-агонистам относятся следующие препараты:

- а) сальбутамол \*
- б) фенотерол \*
- в) ипратропия бромид
- г) беклометазон

28. Выберите все правильные ответы.

Для аспириновой бронхиальной астмы характерны следующие признаки:

- а) непереносимость аспирина \*
- б) вазомоторная риносинусопатия \*
- в) наличие приступов удушья \*
- г) поражение сердца

29. Выберите один правильный ответ.

Наиболее частыми возбудителями пневмонии на фоне ВИЧ – инфекции являются:

- а) моракселлы
- б) пневмоцисты \*
- в) эшерихии
- г) вирусы

30. Выберите один правильный ответ.

Показаниями к экстренной госпитализации являются:

- а) гипертонический криз, купированный на догоспитальном этапе
- б) гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД
- в) осложнения гипертонической болезни (ОНМК, отек легких) \*
- г) сопутствующая фибрилляция предсердий пароксизмальная форма

31. Выберите один правильный ответ.

Показаниями для санаторно – курортного лечения при гипертонической болезни являются:

- а) III стадия заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности выше II стадии
- б) I и II стадии заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности не выше II стадии\*
- в) III стадия заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности III стадии
- г) I и II стадии заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности III стадии

32. Выберите один правильный ответ.

Высокая диастолическая гипертензия характерна для:

- а) нефрогенной гипертензии \*
- б) атеросклероза аорты
- в) диэнцефального синдрома
- г) гипертиреоза

33. Выберите один правильный ответ.

С каких исследований целесообразно начать обследование пациента 40 лет с артериальной гипертензией 1 степени повышения АД:

- а) урографии
- б) анализа мочи по Земницкому
- в) УЗИ почек и сердца\*
- г) ангиографии почек

34. Выберите один правильный ответ.

Суточный ритм АД типа NIGHT-PICKER диагностируется в случае, когда:

- а) ночные значения АД выше, чем дневные\*
- б) АД в ночные часы по сравнению с дневными часами ниже менее чем на 10%
- в) снижение АД в ночные часы превышает 20% по сравнению с дневными значениями
- г) АД в ночные часы на 10-20% ниже, чем в дневные

35. Выберите один правильный ответ.

Суточный ритм АД типа NON-DIPPER диагностируют, когда АД в ночные часы:

- а) по сравнению с дневными часами, снижается менее чем на 10%\*
- б) выше, чем дневные часы
- в) снижается более чем на 20% по сравнению с дневными значениями
- г) на 10-20% ниже, чем в дневные

36. Выберите один правильный ответ.

Высокое нормальное АД диагностируют при АД мм рт.ст.:

- а) 130/85\*
- б) 125/80
- в) 140/90
- г) 130/79

37. Выберите один правильный ответ.

Точным методом диагностики вазоренальной гипертензии является:

- а) почечная ангиография \*
- б) УЗИ почек
- в) сцинтиграфия почек
- г) компьютерная томография почек

38. Выберите один правильный ответ.

Диагноз маскированной артериальной гипертензии устанавливается при:

- а) повышенном АД при офисном измерении и нормальном АД в домашних условиях \*
- б) повышенном АД в домашних условиях и нормальном АД при офисном измерении
- в) повышенном АД в домашних условиях и нормальном АД при офисном измерении
- г) выявлении повышенного диастолического АД при нормальном систолическом АД

39. Выберите один правильный ответ.

У пациента С АД 150/90 мм рт.ст., перенесшего коронарное шунтирование, гипертоническая болезнь \_\_\_\_ стадии:

- а) III \*
- б) I
- в) II
- г) IV

40. Выберите один правильный ответ.

АГ считают резистентной к лечению при отсутствии достижения целевых уровней АД при назначении комбинации:

- а) диуретика, двух препаратов других групп в адекватных дозировках и антагониста минералокортикоидных рецепторов \*
- б) трех групп антигипертензивных препаратов
- в) четырех групп антигипертензивных препаратов, из которых два являются тиазидным и петлевым диуретиком
- г) диуретика и ИАПФ в течение трех месяцев терапии

**2 уровень:** не менее 5 заданий

1. 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.

2. Установите соответствие.

Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее

- 1) «высокому риску»
  - 2) «очень высокому риску»
  - А) от 5% до 10%
  - Б) менее 5%
  - В) 10% и более
  - Г) менее 1%
- 1- А), 2 – В)

3. Установите соответствие.

Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее:

- 1) «умеренному риску»
- 2) «низкому риску»
- А) менее 1%
- Б) 10% и более
- В) от 1% до 5%
- Г) 5% и более

- 1 – В), 2 – А)

4. Установите соответствие.

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

1 – А) Б)  
2 – В) Г)

5. Установите соответствие.

По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения

- 1) I группа здоровья
  - 2) II группа здоровья
- А) пациенты, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития
- Б) пациенты, имеющие низкий или средний сердечно-сосудистый риск
- В) пациенты, имеющие высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск
- Г) пациенты с ожирением и (или) гиперхолестеринемией (  $\geq 8$  ммоль/л и более)

1 – А), Б)  
2 – В), Г)

6. Установите соответствие.

Целевой уровень ХС-ЛНП у лиц

- 1) с высоким суммарным кардиоваскулярным риском
  - 2) умеренным суммарным кардиоваскулярным риском
- А)  $<3,5$  ммоль/л
- Б)  $<3,0$  ммоль/л
- В)  $<2,5$  ммоль/л
- Г)  $<1,8$  ммоль/л
- Д)  $<1,5$  ммоль/л

1 – В), 2 – Б)

7. Найдите соответствие между вероятными возбудителями и условиями возникновения внебольничной пневмонии, развившейся на фоне

- 1) ХОБЛ
- 2) гриппа
- 3) бронхоэктазов
- 4) алкоголизма

- А) *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*
- Б) *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*
- В) *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*
- Г) *Klebsiella pneumoniae*, анаэробы

Ответ: 1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г,

8. Выберите соответствие между характером и цветом мокроты в зависимости от воз-

будителя:

1) Вязкая слизистая мокрота 2) Мокрота ржавого цвета 3) Мокрота цвета шоколада 4) Мокрота гнойная, трудно-отделяемая, комковатая	А) вирусное поражение Б) пневмококковая пневмония В) клебсиеллезная пневмония Г) при хроническом бронхите.
---	---

Ответ: 1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г.

9. Найдите соответствие между категорией сердечно-сосудистого риска по шкале Score и его значением:

Категория риска	Значение
1) «высокий риск» по шкале score	А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 5% до 10%
2) «очень высокий риск» по шкале score	Б) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 10% и более
3) «умеренный риск» по шкале score	В) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет менее 1%
4) «низкий риск» по шкале score	Г) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 1% до 5%

1-А), 2-Б), 3- Г), 4-В)

10. Установите соответствие между вариантом течения миокардита и длительностью временной нетрудоспособности.

1) неосложненное течение миокардита 2) рецидивирующее течение миокардита 3) тяжелое течение миокардита (включая НРС, кардиомегалию, застойную СН)	а) больным определяется группа инвалидности б) временная нетрудоспособность составляет 3-4 месяца в) временная нетрудоспособность составляет 1,5-2 месяца
---	---

1 – в); 2 – б); 3 – а)

### 3 уровень: не менее 3 заданий

1. Решите задачу.

Больной Л., 29 лет, работает учителем. Обратился к терапевту с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния началось к вечеру после работы в холодную погоду на открытой площадке 2 дня назад.

Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Температура тела 37,4°. Перкуторно легочный звук, зон притуплений нет. Аускультативно дыхание жесткое, крепитация ниже угла лопатки справа. ЧД 24 в мин. Sat O<sub>2</sub> -91%. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей.

1) Укажите наиболее вероятный диагноз

а) периферический рак лёгкого

б) внебольничная пневмония \*

в) острый бронхит

г) экссудативный плеврит

2) Является ли пациент временно нетрудоспособным?



- а) да \*
- б) нет
- 3) имеются ли показания для стационарного лечения?
- а) да \*
- б) нет

2. Решите задачу.

Больной Д., 29 лет, пришел на прием к участковому терапевту по поводу жалоб на одышку при ходьбе, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, малопродуктивный кашель.

Из анамнеза: впервые одышку отмечал в 16 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя она проходила самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появилась одышка после физической нагрузки. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с проведением ремонтных работ дома: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель. Во время последнего приступа появилось чувство удушья. Больной вызывал «скорую помощь», приступ был купирован, рекомендовали обратиться к участковому терапевту.

Перенесенные заболевания: корь, пневмония 2 раза. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери – экзема.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, одышка при ходьбе, возбужден. Кожные покровы обычной окраски. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания до 26 в минуту. При аускультации: выдох удлинен, в легких дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

- 1) Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз:
  - а) бронхиальная астма \*
  - б) хроническая обструктивная болезнь лёгких
  - в) острая пневмония
  - г) отек легких
- 2) Является ли пациент временно нетрудоспособным?
  - а) да \*
  - б) нет
- 3) имеются ли показания для стационарного лечения?
  - а) да \*
  - б) нет

3. Решите задачу.

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

Из анамнеза известно, что пациент курит более 36 лет. Не привит против гриппа и пневмококка. В анамнезе пневмония 1 раз в год. Обострения с выделением гнойной мокроты 3- 4 раза в год. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, с умеренным диффузным цианозом. В легких дыхание жесткое, ослабленное, в нижних отделах легких сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Сатурация кислорода- 86 %. ОФВ1- 33 %, проба с бронхолитиком +9 %, 150 мл. ФЛГ- усиление легочного рисунка, эмфизема легких, увеличение размеров сердца.

- 1) Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз:

- а) бронхиальная астма
- б) внебольничная пневмония
- в) ХОБЛ \*
- г) хронический бронхит

2) Определите степень тяжести заболевания

- а) лёгкая
- б) средняя
- в) тяжёлая \*

3) Имеются ли у пациента показания для госпитализации?

- а) да \*
- б) нет

4. Решите задачу. 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 легочной артерией. На ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени, диффузное нарушение реполяризации. В клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 30 мм/ч, умеренный лейкоцитоз.

1. Вероятный клинический диагноз:

- А) кардиомиопатия
- Б) стенокардия
- В) миокардит \*

2. Экспертиза трудоспособности:

- А) трудоспособна
- Б) нетрудоспособна, выдать справку формы N 095/у \*
- В) нетрудоспособна, выдать листок нетрудоспособности

3. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации?

- А) да \*
- Б) нет

**Критерии оценки:**

- «зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
- «не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

**Примерные тестовые задания для промежуточной аттестации (экзамен) (ПК2, ПК7, ПК9):**

**I уровень: не менее 20 заданий:**

11. Выберите один правильный ответ.

Показанием к нефробиопсии является

- а) почечная колика
- б) острый пиелонефрит
- в) нефротический синдром\*
- г) артериальная гипертензия

12. Выберите один правильный ответ.

Причиной снижения диуреза при тяжелом нефротическом синдроме является:

- а) острая задержка мочи
- б) ограничение питьевого режима
- в) гиповолемия \*
- г) резистентность к диуретикам

13. Выберите один правильный ответ.

Причиной нефротического синдрома может быть

- а) острый пиелонефрит
- б) мочекаменная болезнь
- в) кисты почек
- г) амилоидоз почек \*

14. Выберите один правильный ответ.

Нефротоксичным антибактериальным препаратом является

- а) амоксициллин
- б) азитромицин
- в) амикацин \*
- г) цефтриаксон

15. Выберите один правильный ответ.

Признаком снижения азотвыделительной функции почек является повышение в крови уровня

- а) глюкозы
- б) мочевой кислоты
- в) креатинина \*
- г) холестерина

16. Выберите один правильный ответ.

При массивной протеинурии моча становится

- а) мутной
- б) пенистой \*
- в) коричневой
- г) белой

17. Выберите один правильный ответ.

Безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками является характерным симптомом для

- а) рака мочевого пузыря \*
- б) геморрагического цистита
- в) острого пиелонефрита
- г) амилоидоза почек

18. Выберите один правильный ответ.

Нижний полюс почки пальпируется при

- а) гидронефрозе \*
- б) гломерулонефрите
- в) мочекаменной болезни
- г) амилоидозе

19. Выберите один правильный ответ.

Препаратом выбора при остром цистите у молодой женщины является

- а) амоксилав
- б) левофлоксацин
- в) фосфомицин \*
- г) цефиксим

20. Выберите один правильный ответ.

Наиболее характерной жалобой при функциональных расстройствах кишечника является:

- а) ночная частая диарея
- б) острая боль в животе
- в) изменение диаметра стула
- г) чередование запоров и диареи \*

21. Выберите один правильный ответ.

Заболеванием, которое при естественном длительном течении наиболее часто осложняется раком толстой кишки, является:

- а) болезнь Крона
- б) неспецифический язвенный колит
- в) ишемический колит
- г) псевдомембранозный колит\*

22. Выберите один правильный ответ.

Наиболее диагностически ценным с точки зрения характеристики активности язвенного колита является:

- а) наличие язвенного дефекта слизистой оболочки кишечной стенки
- б) наличие нейтрофильных лейкоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки кишечной стенки\*
- в) наличие пролиферативной активности фибробластов
- г) наличие множественных полипозноизмененных участков слизистой оболочки кишечной стенки

23. Выберите один правильный ответ.

При диагностике неспецифического язвенного колита наиболее значимым инструментальным методом является:

- а) ректороманоскопия с прицельной биопсией
- б) колоноскопия
- в) колоноскопия с прицельной биопсией\*
- г) ирригоскопия

24. Выберите один правильный ответ.

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

25. Выберите один правильный ответ.

Для диагностики псевдомембранозного колита на ранней стадии заболевания «эталонным» методом инструментального исследования является:

- а) ректороманоскопия\*
- б) ирригоскопия

- в) колоноскопия
- г) УЗИ кишечника

26. Выберите один правильный ответ.

В качестве базисной терапии неспецифического язвенного колита применяются:

- а) антибиотики
- б) производные 5-аминосалициловой кислоты\*
- в) кортикостероиды
- г) цитостатики

27. Выберите один правильный ответ.

Для диагностики дивертикулярной болезни толстой кишки наиболее информативным методом является:

- а) ректороманоскопия
- б) лапароскопия
- в) ирригоскопия\*
- г) фиброколоноскопия

28. Выберите все правильные ответы.

Основным клиническим симптомом язвенного колита является:

- а) кишечное кровотечение\*
- б) боль в животе
- в) частая диарея\*
- г) периаанальный абсцесс

29. Выберите один правильный ответ.

Для простой формы мигрени не характерен такой признак, как:

- а) субфебрильная температура во время головной боли
- б) предвестники в виде эйфории или депрессии
- в) резкое ухудшение состояния во время беременности \*
- г) появление головной боли во время сна или при пробуждения

20. Выберите один правильный ответ.

Самым распространенным синдромом головной боли в популяции является:

- а) мигрень с мигренозным головокружением
- б) невралгия тройничного нерва
- в) посттравматическая головная боль
- г) головная боль напряжения\*

21. Выберите один правильный ответ.

Коморбидным состоянием, при котором чаще всего встречаются головные боли напряжения, является:

- а) артериальная гипертензия
- б) остеоартрит
- в) черепно-мозговая травма
- г) депрессия \*

22. Выберите один правильный ответ.

При шейном остеохондрозе чаще поражается такая основная артерия, как:

- а) позвоночная\*
- б) внутренняя сонная
- в) наружная сонная
- г) затылочная

23. Выберите один правильный ответ.

Диагноз транзиторной ишемической атаки устанавливают, если очаговая церебральная симптоматика подвергается полному регрессу не позднее:

- а) 1 суток\*
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- г) 3 недель

24. Выберите один правильный ответ.

75-летний мужчина, правша, доставлен на прием в связи с внезапно возникшим нарушением речи. Пациент говорит много, возбужденно, но содержание и смысл слов и фраз понять невозможно. При обследовании выявлено, что больной может выполнять только самые простые инструкции. Нарушено называние предметов, повторение, чтение, письмо. У пациента нарушение по типу:

- а) дизартрии
- б) сенсорной афазии\*
- в) моторной афазии
- г) апраксии

25. Выберите один правильный ответ.

70-летний мужчина, правша, утром заметил онемение правой половины губ, слабость и онемение правой руки, легкое затруднение при выговаривании слов. Симптомы сохранялись на протяжении 24 часов, затем регрессировали, но не полностью. При осмотре: соматический статус – без отклонений от нормы. В неврологическом статусе: сознание и речь сохранены, менингеальных симптомов нет; легкая сглаженность правой носогубной складки, положительна верхняя проба Барре справа, сухожильные рефлексы повышены в правых конечностях, положительный подошвенный рефлекс Бабинского справа. Наиболее вероятным диагнозом у пациента является:

- а) гипертонический криз неосложненный
- б) ишемический инсульт по типу малого инсульта\*
- в) субарахноидальное кровоизлияние
- г) ишемический инсульт, вероятно, в вертебрально-базилярном бассейне

26. Выберите один правильный ответ.

70-летняя женщина жалуется на кратковременные (около 30 секунд) приступы головокружения, возникающие, когда она, лежа в постели, поворачивает голову в сторону. Других жалоб не предъявляет, соматически здорова. При резком запрокидывании головы назад и вправо возникает преходящий ротаторный нистагм; в остальном неврологический статус – без патологии. Наиболее вероятным диагнозом у пациентки является:

- а) доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение \*
- б) вегетативно-сосудистая дистония
- в) болезнь или синдром Меньера
- г) нарушение мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне.

27. Выберите один правильный ответ.

В остром периоде неотложного инсульта пациенту показано:

- а) амбулаторное лечение в течение 3 месяцев
- б) госпитализация в терапевтический стационар
- в) необходимо лечение на дому в течение 1-2 недель
- г) необходима ранняя госпитализация в неврологический стационар\*

28. Выберите один правильный ответ.

Верификация диагноза «старческая астения» основана на

- а) комплексной гериатрической оценке\*

- б) применении скринингового опросника
- в) лабораторном исследовании
- г) инструментальном исследовании

29. Выберите один правильный ответ.

Синдром старческой астении характеризуется

- а) сохранением физиологического резерва
- б) устойчивостью организма к действию неблагоприятных факторов
- в) потенциальной обратимостью\*
- г) соответствием паспортному возрасту

30. Выберите все правильные ответы

Компоненты комплексной гериатрической оценки включают

- а) оценка физического статуса\*
- б) оценка нейropsychического статуса\*
- в) оценка гормонального статуса
- г) оценка функционального статуса\*

31. Выберите все правильные ответы.

Рекомендации, который должны быть даны всем лицам старше 60 лет, включают правила

- а) приема лекарств\*
- б) физической активности и питания\*
- в) безопасного быта\*
- г) когнитивного тренинга\*

32. Выберите один правильный ответ.

Причинами снижения функциональной активности в пожилом возрасте является все перечисленное, кроме

- а) мышечной слабости
- б) заболеваний суставов
- в) поражения головного мозга\*
- г) полипрагмазии

33. Выберите все правильные ответы.

Показанием для направления в гериатрический кабинет является \_\_\_\_\_ баллов по опроснику «Возраст не помеха»

- а) 0
- б) 1-2
- в) 3-4\*
- г) 5-7\*

34. Выберите все правильные ответы.

Первоочередные мероприятия при быстром прогрессировании синдрома старческой астении включают

- а) направление на консультацию гериатра\*
- б) исключение декомпенсации хронических состояний\*
- в) лечение острого заболевания\*
- г) направление на санаторно-курортное лечение

35. Выберите все правильные ответы.

Заподозрить синдром старческой астении или повышенный риск его формирования позволяют

- а) непреднамеренная потеря веса\*

- б) зависимость от посторонней помощи\*
- в) когнитивные нарушения\*
- г) наличие коморбидных состояний

36. Выберите один правильный ответ.

Основными клиническими проявлениями остеоартрита являются

- а) боли в суставах механического характера\*
- б) боли в суставах воспалительного характера
- в) ограничение объема движений\*
- г) утренняя скованность более 30 минут

37. Выберите все правильные ответы.

К немедикаментозным методам лечения остеоартрита относятся

- а) снижение массы тела\*
- б) использование трости\*
- в) рациональное питание\*
- г) интенсивная физическая нагрузка

38. Выберите один правильный ответ.

Хондропротекторы, применяющиеся для лечения остеоартрита, включают

- а) триамцинолон, гидрокортизон
- б) кокарбоксилаза, лидокаин
- в) глюкозамингликан-петидный комплекс, хондроитина сульфат\*
- г) хондроитина сульфат, диклофенак

39. Выберите один правильный ответ.

Для пациентов с метаболическим синдромом и остеоартрозом характерны

- а) более позднее развитие остеоартроза
- б) преобладание генерализованной формы остеоартроза\*
- в) преобладание изолированных поражений крупных суставов
- г) менее интенсивные боли в суставах

40. Выберите все правильные ответы.

Факторами риска остеоартрита являются

- а) избыточный вес\*
- б) травмы\*
- в) возраст старше 50 лет\*
- г) переохлаждение

41. Выберите все правильные ответы.

НПВС обладают эффектом

- а) противовоспалительным\*
- б) жаропонижающим\*
- в) анальгетическим\*
- г) хондропротекторным

42. Выберите один правильный ответ.

Вторичная профилактика включает проведение мероприятий, направленных на

- а) раннее выявление заболеваний\*
- б) реабилитацию больных
- в) предупреждение возникновения заболеваний и травм
- г) устранение факторов риска их развития



43. Методом и средством первичной профилактики папилломавирусной инфекции является
- вакцинация\*
  - постановка на диспансерный учет
  - профилактическая госпитализация
  - ранняя диагностика заболеваний
44. К причинам развития рака легкого относят
- курение и профессиональные вредности\*
  - наркоманию и токсикоманию
  - алкоголизм и бытовое пьянство
  - хроническое переохлаждение и стресс
45. Скрининг онкологических заболеваний проводится
- среди всего населения\*
  - среди населения старше 60 лет
  - у лиц, ранее переболевших онкозаболеванием
  - среди контингента, работающего на «вредных» производствах
46. К «симптомам тревоги» рака молочной железы можно отнести
- кровянистые выделения из сосков\*
  - ускоренную соз
  - коричневую пигментацию кожи молочных желез
  - длительное повышение температуры тела
47. Вторичной профилактикой рака легких является
- периодические медосмотры лиц разного возраста\*
  - применение антигистаминных препаратов
  - употребление витаминов группы в
  - борьба с курением
48. К причинам развития рака легкого относят
- курение и профессиональные вредности\*
  - наркоманию и токсикоманию
  - алкоголизм и бытовое пьянство
  - хроническое переохлаждение и стресс
49. Анемия, лихорадка, слабость являются наиболее характерными для рака :
- тонкой кишки
  - правой половины ободочной кишки\*
  - селезеночного угла
  - нисходящего отдела ободочной кишки
50. Высокий риск заболеть раком эндометрия имеют женщины
- 45-55 лет, страдающие гипертонией, ожирением и сахарным диабетом\*
  - нерожавшие
  - 30-35 лет с гипофункцией щитовидной железы
  - в глубокой менопаузе с атрофией эндометрия

## 2 уровень: не менее 5 заданий

1. Установите соответствие между видом нефропатии и этиологическими факторами

А. Гломерулонефрит	1. Стрептококк
Б. Вторичный (AA-) амилоидоз	2. ВИЧ

В. Острый тубулоинтерстициальный нефрит	3. Вирусы гепатитов В и С
	4. Лептоспиры
	5. Микобактерия (бацилла Коха)

А – 1, 2, 3. Б – 5. В – 4.

2. Установите соответствие между видом поражения почек и лекарственными средствами, которые могут их вызывать

А. Гломерулонефрит	1. Нестероидные противовоспалительные препараты
Б. Острый тубулоинтерстициальный нефрит	2. Анальгетики
В. Хронический тубулоинтерстициальный нефит	3. Аминогликозиды
Г. Острый канальцевый некроз	4. Д-пеницилламин
	5. Антибиотики пенициллинового ряда

А – 4. Б – 1, 2, 5. В – 1, 2. Г – 3.

3. Установите соответствие между клиническим синдромом и его типичными осложнениями

А. Нефротический синдром	1. Метаболический ацидоз
Б. Остронефритический синдром	2. Анемия
В. Хроническая почечная недостаточность	3. Тромбозы вен или артерий
	4. Гиповолемический шок
	5. Острая левожелудочковая недостаточность

А – 3, 4. Б – 5. В – 1, 2.

4. Установите соответствие между видом нефропатии и лекарственными препаратами для её лечения

А. Острый пиелонефрит	1. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
Б. Диабетический гломерулосклероз	2. Антибиотики
В. Гипертонический нефроангиосклероз	3. Сахароснижающие препараты
Г. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит	4. Глюкокортикостероиды
	5. Цитостатики

А – 2. Б – 1, 3. В – 1, 3. Г – 4, 5.

5. Установите соответствие между типом почечной недостаточности и клиническими признаками:

А. Острая почечная недостаточность	1. Размеры почек увеличены за счет отека паренхимы
Б. Хроническая почечная недостаточность	2. Размеры почек уменьшены
	3. Анемия
	4. Гиперкалиемия
	5. Метаболический ацидоз
	6. Вторичный гиперпаратиреоз

А – 1, 3, 4, 5; Б – 2, 3, 4, 5, 6.

6. Установите соответствие между типом инсульта и критериями его определения:

Тип инсульта	Критерии
1) тромботический инсульт	а) ему часто предшествуют преходящие нарушения мозгового кровообращения, часто развивается в ночное время суток, характерно нарастание симптомов в течение нескольких часов
2) геморрагический инсульт	б) общемозговые симптомы чаще преобладают над очаговыми, симптомы появляются после волнения или переутомления
3) ишемический инсульт	в) наиболее часто заболевают люди старше 40-

	летнего возраста, очаговые симптомы чаще преобладают над общемозговыми
--	--

1 – а); 2 – б); 3 – в)

7. Установите соответствие между клинической ситуацией и симптомами:

1) острая гипертоническая энцефалопатия	а) рано развиваются нарушения вибрационной чувствительности и снижение ахилловых рефлексов, боли могут нарастать под влиянием тепла и в покое
2) диабетическая полиневропатия	б) возможно поражение глазодвигательного, зрительного, блуждающего, диафрагмального нервов, в анамнезе продолжительное употребление алкоголя, прогноз неблагоприятен
3) алкогольная полиневропатия	в) преобладают грубо выраженные общемозговые симптомы, на первый план выступает диффузная головная боль, сопровождающаяся тошнотой и рвотой

1 – а); 2 – в); 3 – б)

8. Установите соответствие между предварительным диагнозом и симптомами:

1) невралгия тройничного нерва	а) болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут, на лице имеются триггерные зоны (точки), раздражение которых провоцирует болевой пароксизм, болевой приступ сопровождается выраженными вегетативными проявлениями
2) мигрень	б) приступы болей чаще носят наследственный характер, рвота уменьшает выраженность приступа, часто сопровождается головокружениями, не купируется приемом НПВС
3) гриппозный энцефалит	в) возможно развитие неврологических симптомов через 1-2 недели после гриппа, характерен умеренный менингеальный синдром, часто имеются признаки поражения периферической нервной системы, течение обычно благоприятное

1 – а); 2 – б); 3 – в)

9. Установите соответствие между характеристикой и видом анемии:

а) нормохромная;	1) ЖДА
б) гиперхромная;	2) В12-дефицитная анемия
в) гипохромная;	3) апластическая анемия

	4) гемолитическая анемия
--	--------------------------

Ответ: а – 3,4; б – 2; в – 1.

10. Установите соответствие между лекарственным средством и железом, содержащимся в нём:

а) Fe(II); б) Fe(III);	1) «Мальтофер»; 2) «Феррум Лек» 3) «Сорбифер Дурулес» 4) «Венофер» 5) «Тотема»
---------------------------	--

Ответ: а – 3,5; б – 1,2,4

### 3 уровень: не менее 3 заданий

1. Решите задачу.

Мужчина 25 лет обратился к терапевту с жалобами на общую слабость, недомогание. Несколько лет назад при обследовании по линии РВК обнаружили белок в моче, повышение АД. Был диагностирован хронический гломерулонефрит. С того времени анализы мочи и АД не контролировал, не лечился. При осмотре выявлено повышение АД до 190/110 мм.рт.ст, в общем анализе крови гемоглобин 78 г/л, в биохимическом анализе – креатинин 540 мкмоль/л, мочевины 27 ммоль/л. При УЗИ – уменьшение размеров почек.

- 1) Ухудшение самочувствия больного вызвано
  - а) прогрессированием хронической почечной недостаточности \*
  - б) гипертоническим кризом
  - в) активностью гломерулонефрита
  - г) уменьшением размеров почек
  
- 2) Наиболее вероятной причиной анемии у данного больного является
  - а) дефицит витаминов и микроэлементов
  - б) язвы кишечника
  - в) снижение синтеза эритропоэтина \*
  - г) гемолиз
  
- 3) Лечение данного больного обязательно должно включать:
  - а) этиотропную терапию
  - б) глюкокортикостероиды
  - в) цитостатики
  - г) посиндромную терапию и подготовку к заместительной почечной терапии\*

2. Решите задачу.

Пациентка М, 62 года, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение памяти, изменения вкуса, постоянное повышение температуры тела до 37 °С. В течение последних 3 месяцев похудела на 15 кг, что связывает со снижением аппетита. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 90/мин. Пульс симметричные на обеих лучевых артериях, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, частота 90/мин. АД 105/70 мм.рт.ст. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с двух сторон. Температура

тела 37,1 °С.

ОАК: Нв 72 г/л; эр  $3,1 \cdot 10^{12}/л$ ; MCV 68 fl; MCH 16 пкг; MCHC 20 г/дл; лей  $5,0 \cdot 10^9/л$ ; тр  $190 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 38 мм/ч.

1) Наиболее вероятным диагнозом будет:

- а) апластическая анемия;
- б) гемолитическая анемия;
- в) железодефицитная анемия; \*
- г) В12-дефицитная анемия.

2) У данной пациентки тяжесть анемии соответствует:

- а) лёгкой степени;
- б) средней степени;\*
- в) тяжелой степени;
- г) средней степени по уровню гемоглобина и лёгкой степени по уровню эритроцитов

3) Для лечения следует назначить:

- а) цианокобаламин;
- б) эритроцитарную массу;
- в) препараты железа;
- г) пересадку костного мозга;

3. Мужчина, 65 лет, работающий, официально трудоустроен, доставлен женой на прием к врачу общей практики в связи с тем, что пациент стал забывать дорогу домой, теряться среди знакомых улиц. На протяжении последних трех месяцев стал забывать имена и названия предметов. Нарушения памяти и ориентации прогрессируют. Последнее время потерял интерес к привычным занятиям, периодически собирается в гости к своей матери, которая умерла много лет назад

1. Наиболее вероятный диагноз:

- а) делирий
- б) сосудистая деменция
- в) депрессия
- г) болезнь Альцгеймера\*

2. Экспертиза трудоспособности:

- а) трудоспособен
- б) нетрудоспособен, выдать справку формы N 095/у
- в) нетрудоспособен, выдать листок нетрудоспособности \*
- г) не подлежит экспертизе трудоспособности

3. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации?

- а) да \*
- б) нет

4. Пациентка 23г. обратилась с жалобами на припухлость в области шеи спереди, раздражительность, плаксивость, утомляемость, сердцебиение, головные боли, похудание. При поступлении капризна, эмоционально неустойчива. Отмечаются общий гипергидроз, красный дермографизм. Щитовидная железа 2 степени,

экзофтальм, стойкая тахикардия.

1. Сформулируйте предварительный диагноз:

- а) эндемический зоб
- б) диффузный токсический зоб\*
- в) подострый тиреоидит
- г) гипотиреоз

2. Какие лабораторные исследования гормонального статуса позволят подтвердить диагноз

- а) АКТГ, кортизол
- б) ФСГ и прогестерон
- в) ТТГ и тироксин\*
- г) ЛГ и эстрадиол

3. Выберите терапию данного заболевания:

- а) седативная
- б) дезинтоксикационная
- в) общеукрепляющая
- г) тиреостатическая\*

### **Критерии оценки:**

«отлично» - 91% и более правильных ответов;

«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;

«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;

«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

### **3.2. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки.**

#### **Примерные ситуационные задачи для текущего контроля (ПК 2, ПК7, ПК9):**

1. В процедурном кабинете поликлиники проводилась внутримышечная инъекция пенициллина, разведённого 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.

#### **Вопросы:**

- 1. Предварительный диагноз.
- 2. Алгоритм оказания неотложной помощи.
- 3. Тактика ведения пациента.
- 4. Профилактика.

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

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

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

**Вопросы:**

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

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

Считает себя больным более 20 лет, когда заметил появление кашля со слизистой мокротой в зимнее время. Периодически мокрота становилась гнойной, одновременно отмечал появление слабости. Подобные эпизоды проходили либо самостоятельно, либо после лечения у терапевта в поликлинике по месту жительства. Около 10 лет назад появилась одышка при физической нагрузке и усиление кашля и одышки во время обострения заболевания. Два последних года отмечает появление давящих болей за грудиной, характер, условия возникновения и купирования которых за последнее время не изменились. За последний год наблюдает появление отечности ног, больше к вечеру. В настоящее время температура – 37,8.

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

Объективно: состояние больного средней тяжести, гиперстеник, кожные покровы и видимые слизистые цианотичны, акроцианоз, шейные вены -набухшие. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД 22/мин. Перкуторный тон ясный легочный. При аускультации - ослабленное, жесткое дыхание, сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности после покашливания. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой СКЛ, удовлетворительных характеристик. Определяется эпигастральная пульсация. Тоны сердца: ослабление 1 тона на мечевидном отростке грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева, систолический шум на мечевидном отростке, ЧСС 90 / мин., ритм правильный. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 2,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - по левой СКЛ в 5 межреберье, верхняя - верхний край 3 ребра. АД 140/90 мм рт.ст. Живот округлой формы, печень + 4 см из-под края реберной дуги, по Курлову 1 2 - 1 0 - 8 см. Отеки на ногах до средней трети голени, холодные неподвижные. Лабораторно: общий анализ крови: эр. -  $6 \times 10^{12}/л$ , Нв - 200 г/л, Нт - 55%, лейкоц. -  $8,0 \times 10^9/л$ , СОЭ 25 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.

4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

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

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

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

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

Семейный анамнез: мать – 76 лет, страдает АГ;

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

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

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

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

5. Вызов участкового врача к пациентке С., 65 лет. Повод к вызову: 6.09.слабость, сильное сердцебиение. Пациентка предъявляет жалобы на внезапно возникшее ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца, одышку с затрудненным вдохом. Из анамнеза выяснено, что приступ сердцебиения начался 2 ч назад во время работы на приусадебном участке. Подобные приступы пациентка отмечает уже в течение нескольких лет. Они возникали во время значительных физических нагрузок, были кратковременными и проходили самостоятельно в покое. Наблюдается у кардиолога по поводу ИБС, аритмии в течение 3-х лет. По словам пациентки, при биохимическом исследовании крови неоднократно отмечалось повышенное содержание холестерина и липопротеинов низкой плотности. При объективном обследовании: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания (рост 167 см, вес 92 кг). Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лим-



фатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 в мин. Левая граница сердца при перкуссии – по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, акцент 2 тона на верхушке, ЧСС – 114 в мин. Пульс аритмичен, пульсовые волны различной амплитуды, частота пульса – 104 уд./мин, дефицит пульса 10. АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размер по Курлову 9 × 8 × 7 см. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.



### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

6. Больной 35 лет, директор фирмы, жалуется на сильные боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после еды, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, раздражительность, быструю утомляемость. Appetit сохранен, но из-за болей боится принимать пищу. Болен около месяца. Наследственность по язвенной болезни отягощена: у отца и брата язва желудка. Много курит, питается нерегулярно из-за частых командировок. При осмотре: нормостеник. АД 110 и 60 мм Hg. ЧСС 70 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: эритроциты-  $4,6 \times 10^{12}/л.$ , гемоглобин- 150 г/л., СОЭ- 5 мм/час, лейкоциты –  $4,0 \times 10^9/л.$  ФГДС: в средней трети тела желудка по большой кривизне обнаружена язва 0,8 см в диаметре, дно покрыто фибрином. Выявлен *H. Pylori*.

### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

7. Мужчина 50 лет, водитель, обратился в поликлинику самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

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

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

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ – 16 мм/ч.  
Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

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

От ФГДС больной отказался.

### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

8. Пациентка, 60 лет обратилась в мае 2017 г. к участковому терапевту с жалобами на отеки голеней и стоп, отёки век по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, повышение цифр АД до 160/100 мм.рт.ст., резкую слабость, снижение работоспособности

Считает себя больной в с 2011 г, когда после перенесенной ангины почувствовала боли в поясничной области. Прошла обследование. Был выставлен диагноз гломерулонефрит.

В последующие годы считала себя здоровой, в поликлинику не обращалась. Периодически отмечались подъёмы АД до 150-160/100 мм.рт.ст., которые сопровождались тошнотой и болями в затылочной области. Назначенные препараты не принимала. Находится на пенсии, подрабатывает в школе гардеробщицей. В течение последнего месяца стала отмечать снижение трудоспособности, появились отёки, часто стало повышаться АД.

При обследовании: состояние средней степени тяжести. Масса тела 75 кг, рост 165 см. Выраженные отёки ног. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая ротоглотки несколько гиперемирована, миндалины гипертрофированы до 1 степени, признаки хронического тонзиллита. Подчелюстные лимфоузлы 1 см. в диаметре, эластичные, безболезненные. Другие группы лимфоузлов не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=пульс=85 в мин. АД=165/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Неврологический статус без патологических изменений. Стул не изменён. Диурез за прошедшие сутки со слов около 700 мл.

Терапевт cito назначил обследование:

**ОАК:** Эр. –  $3,3 \times 10^{12}$  /л, Гемоглобин 90 г/л; лейкоциты  $10,4 \times 10^9$  /л, СОЭ-26 мм/час.

**ОАМ:** Белок 4,64 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з, цилиндры 1-3 в п/з, эритроциты 10-15 в п/з

**Б/х анализ крови:** общий белок крови - 49 г/л, альбумин крови - 24 г/л, холестерин - 7,2 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л., мочевины 21 мкмоль/л., скорость клубочковой фильтрации (по формуле СКД-ЕРІ) 39 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

**ЭКГ:** признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

9. Больная С., 27. лет. Жалобы на диффузную головную боль, тошноту, общую слабость, жажду, уменьшение количества мочи до 300 мл за сутки, красный цвет мочи, отечность лица, голеней.

3 недели назад больную стали беспокоить боли в горле, повышение температуры до 38,5°C. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз: катаральная ангина в назначены антибиотики. Через 2 дня температура тела нормализовалась, но больная стала отмечать, уменьшение количества мочи, которая приобрела красный цвет «мясных помоев» и вскоре появились отеки на голенях, лице, 4 дня назад появилась сильная головная боль, тошнота.

Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожа бледная, сухая, язык обложен белым налетом. Отечность лица, пастозность голеней. ЧДД: - 20 в мин., в легких при аускультации - дыхание ослабленное, везикулярное, крепитация в нижних отделах. ЧСС - 90 в мин., АД 160/110 мм. рт. ст. Границы, сердца не расширены, при аускультации сердца – тоны приглушенные, ритмичные, I тон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмоерга отрицателен. Размеры печени по Курлову 9x8x8 см. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

ОАК: эритроциты  $3,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 105 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты  $5,0 \times 10^9/л$ , эозинофилы 1%, палочкоядерные лейкоциты 3%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 19%, моноциты 5%, тромбоциты  $270,0 \times 10^9/л$ , СОЭ 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий белок сыворотки крови - 50 г/л, альбумины: 40%, глобулины 60%, креатинин 1,7 ммоль, К<sup>+</sup> 5,0 ммоль/л, ОАМ: коричневая, мутная, относительная плотность 1012, щелочная реакция, белок 1,2 г/л, сахар не обнаружен, лейкоциты 6 в п/з, выщелочные эритроциты 100 в п/з, цилиндры 30 в п/з.

### Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

10. Больная А.Н., 78 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота; периодические боли в области сердца колющего характера, сердцебиение, одышку при ходьбе, перебои в работе сердца.

**Из анамнеза:** известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые носовые кровотечения, появились кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Последнее ухудшение состояния связать ни с чем не может. Носовые кровотечения возникают спонтанно.

**При осмотре:** общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,2С. Кожа бледная. На коже бёдер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, имеющих различную окраску – багрово-красную, синюю, зелёную, жёлтую.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. При аускультации тоны сердца тихие, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 70 в минуту. АД 110 и 60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Размеры печени по Курлову 9\*8\*7 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

**Общий анализ крови:** Эр.-  $2,1 \times 10^{12}/л$ ; Hb-70г/л; ЦП-1,0; ретикулоциты-2%; Le.-  $2,5 \times 10^9/л$ , лейкоформула: п/я-1%, с/я-52%, л-40%, м-7%; Тг.- $50 \times 10^6/л$ . СОЭ-47 мм/час.

ЭКГ: Ритм синусовый (ЧСС 70 в минуту). Предвозбуждение желудочков (WPW). Укорочение интервала Р – R в сочетании с волной Δ, расширение комплекса QRS, распространенные изменения ST-T.

### Вопросы:

1. Оценить состояние пациента
2. Интерпретировать данные исследований
3. Выявить признаки старческой астении
4. Сформулировать диагноз
5. Тактика ведения пациента

**Примерные ситуационные задачи для промежуточной аттестации (экзамен) (ПК 2, ПК7, ПК 9):**

**Экзаменационная задача № 1**

Больной М., бухгалтер, 58 лет обратился к терапевту поликлиники с жалобами на периодически возникающие боли, приступообразного характера, преимущественно в левой боковой области по ходу нисходящей ободочной кишки, метеоризм, стул раз в 4-5 дней, тугой, иногда с примесью небольшого количества слизи; крови в кале не замечал. Отмечает значительное уменьшение симптомов после акта дефекации. Аппетит сохранен. Вес стабильный. Из анамнеза: ведет малоподвижный образ жизни, работа часто связана со стрессовыми ситуациями.

Объективно: Состояние удовлетворительное, кожа и слизистые физиологической окраски. АД 130/80 мм рт.ст. РЗ = 78 уд в мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу нисходящего отдела толстой кишки. Периферические л/узлы не увеличены.

Лабораторно:

3. Общий анализ крови: WBC –  $8,85 \cdot 10^9/\text{л}$ , RBC –  $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , HGB – 120 г/л, HCT – 41,3%, MCV – 78,5 фл, MCH – 26,2 пг/мл, MCHC – 316 г/л, RDW – 14,0%, PLT –  $282 \cdot 10^9/\text{л}$ , MPV – 10,1 фл, СОЭ = 3 мм/час, общий белок = 65 г/л., альбумины - 40%, глобулины 60%.

4. per rectum: наружный геморрой, вне обострения.

5. Колоноскопия: выполнена тотальная колоноскопия, слизистая розовая, не изменена, сосудистый рисунок сохранен.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

**Экзаменационная задача № 2**

Больной Л., автомеханик, 40 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастральной области, ноющего характера, возникающие через 2-2,5 часа после приема пищи, иногда ночные боли, купирующиеся приемом пищи; изжогу, отрыжку кислым, склонность к запорам. Дополнительно предъявляет жалобы на утренний кашель, сопровождающийся отхождением небольшого количества светлой мокроты.

Из анамнеза: Болен в течение 5 лет, появление вышеперечисленных жалоб отмечает преимущественно весной и осенью. Кашель отмечает в течение 15 лет, ухудшение состояния возникает после переохлаждений, ОРЗ; кашель усиливается, мокрота приобретает зеленоватый оттенок, возникает одышка при небольшой физической нагрузке. Курит в течение 20 лет по 0,5 пачки сигарет в день, отец страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки.

Объективно: состояние удовлетворительное, питание среднее. АД 105/70 мм.рт.ст. PS = 60 уд. в мин., в легких жесткое дыхание, хрипов не выслушивается, язык густо обложен белым налетом, живот болезненный при пальпации в пилоробульбарной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

#### Экзаменационная задача № 3

Больной К., логист, 37 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, похудание на 5 кг за последние полгода, желтушность кожных покровов, десневые кровотечения, вздутие живота, больше в вечернее время, постоянные тупые боли в правом подреберье без связи с приемом пищи.

10 лет назад перенес острый вирусный гепатит В. После выписки через 3 месяца появились боли в правом подреберье, небольшая иктеричность склер. После лечения наступило улучшение. В последующие годы возникали обострения, постепенно присоединились постоянная желтуха, вздутие живота, кровоточивость десен.

Объективно: Больной пониженного питания. Желтушность кожных покровов и склер, на передней поверхности грудной клетки - телеангиоэктазии, ладони малиновой окраски. Живот увеличен в объеме, вздут, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. Размеры печени по Курлову: 14x12x10 см, край острый, плотный, малоблезненный. Селезёнка размеров 12x10 см.

#### Дополнительные методы исследования:

ОАК: WBC –  $2,6 \cdot 10^9$ /л, RBC –  $2,7 \cdot 10^{12}$ /л, HGB – 92 г/л, HCT – 34,2%, MCV – 75,5 фл, MCH – 25,4 пг/мл, MCHC – 312 г/л, RDW – 14,0%, PLT –  $70 \cdot 10^9$ /л, MPV – 10,1 фл

Общ.билирубин - 105 мкмоль/л, прямой - 75 мкмоль/л, общ. белок 50 г/л

холестерин - 2,8 ммоль/л АСТ - 100 ЕД/л АЛТ - 30 ЕД/л

HBsAg - отриц., антиHBsAg - положит.

HBeAg - отриц., антиHBeAg - положит,

анти HBcor Ig G - положит., антиBcor Ig M - отриц.

Анти HCV – антитела положительные.

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

#### Экзаменационная задача № 4

Больная М., экономист, 54 года, обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые боли в правом подреберье, возникающие после приема обильной, жирной пищи, иногда принимающие характер приступообразных, горечь во рту, иктеричность склер, жажду, сухость во рту.

Больна в течение 5 лет, заболевание началось с боли в правом подреберье ноющего характера. Три года назад возникли острые боли в правом подреберье после физической нагрузки, сопровождавшиеся пожелтением кожных покровов и посветлением кала. Боли купированы спазмолитиками, желтуха разрешилась в течение недели.

Страдает сахарным диабетом 2 типа 10 лет.

Объективно: Больная повышенного питания, вес 90 кг, рост 158 см. Склеры иктеричны.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи.

Дополнительные методы исследования:

Холестерин - 6,8 ммоль/л, ЛПНП - 3,7 ммоль/л, глюкоза - 8,5 ммоль/л, общ. билирубин - 30 мкмоль/л, прямой - 25 мкмоль/л.

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

#### Экзаменационная задача № 5

Больной К., фотограф, 60 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на тупые, постоянные боли в эпигастральной области и правом подреберье, не связанные с приемом пищи, желтушность кожных покровов и склер, зуд кожи, потемнение мочи и посветление кала; похудание за последний год на 10 кг.

Болен в течение 2-х лет, когда появились боли в эпигастральной области, иногда с иррадиацией в правое и левое подреберье. Нигде не обследовался. Постепенно боли приобрели постоянный характер, которые несколько уменьшались после приема анальгетиков. В течение последних 6 мес. стал замечать пожелтение кожных покровов и склер, позднее присоединился зуд кожных покровов.

Объективно: состояние средней тяжести, подкожно-жировой слой выражен слабо, кожные покровы желтушные со следами расчесов на коже рук, груди. Живот мягкий, болезненный справа и выше от пупка. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительные методы исследования:

1. Общий анализ крови: WBC –  $9,0 \cdot 10^9$ /л, RBC –  $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, HGB – 100 г/л, HCT – 41,3%, MCV –

78,8 фл, МСН – 26,3 пг/мл, МСНС – 317 г/л, RDW – 13,5%, PLT –  $289 \cdot 10^9$ /л, MPV – 10,2 фл, СОЭ – 30 мм/час,

2. Общий билирубин - 150 мкмоль/л, прямой - 130 мкмоль/л, амилаза крови – 35 мг/(ч.мл) N = 12-32 мг/(ч.мл) по Каравею, амилаза мочи - 80 ед (N = 64 ед.), ГГТП - 1200 ед/л, АсТ - 50 ед/л, АлТ - 65 ед/л . В моче определяется билирубин

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

#### Экзаменационная задача № 6

Больной В., слесарь - сантехник, 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое и левое подреберье, возникающие после приема пищи через 2-3 часа, купируются приемом но-шпы, на вздутие, урчание в животе, жажду, учащенное мочеиспускание, жидкий стул до 4-5 раз в день, обильный с неприятным запахом, похудел на 10 кг за последние полгода при сохраненном аппетите.

Болен в течение 15 лет, когда впервые после алкогольного эксцесса появились боли выше-описанного характера. Боли купировал самостоятельно. В последующие годы периодически возникали такие же боли, появился частый жидкий стул, стал худеть. Последние полгода появились сухость во рту, жажда, частое мочеиспускание. Злоупотребляет алкоголем длительное время.

Объективно: больной пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие, шелушащиеся, в углах рта - заеды. Вес: 48кг, рост 175см. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара.

Дополнительные методы исследования:

Общ. ан. крови: WBC –  $7,45 \cdot 10^9$ /л, RBC –  $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, HGB – 98 г/л, HCT – 40,3%, MCV – 75,4фл, МСН – 25,8 пг/мл, МСНС – 314 г/л, RDW – 13,0%, PLT –  $245 \cdot 10^9$ /л, MPV – 10,4 фл, сахар крови - 12,5ммоль/л.

Копроскопия - капли нейтрального жира, не переваренные мышечные волокна с поперечной исчерченностью, зерна внеклеточного крахмала.

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.



## Экзаменационная задача № 7

Больной Т., шахтер, 46 лет, вызвал участкового терапевта на дом с жалобами на тупые, давящие боли за грудиной, удушье, кашель с выделением пенистой розовой мокроты, чувство беспокойства, выраженную слабость. Из анамнеза заболевания: болен в течение 5 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке (ходьбе на расстояние более 200 м, подъеме на 2 этаж). К врачу не обращался, боли купировал приемом 1 таб. нитроглицерина. В течение последнего года отмечает быструю утомляемость, общую слабость, учащение приступов загрудинных болей, появление одышки при ходьбе. Ночью 27.02.97 около 2 часов почувствовал сильные сжимающие боли за грудиной и в области сердца. Эффекта от нитроглицерина не было. Утром 27.02.97. в 9-30 появились одышка в покое, кашель с пенистой мокротой, резкая слабость. Из анамнеза жизни: отец страдал стенокардией, у матери гипертоническая болезнь. Алкоголем не злоупотребляет. Курит в течение, 20 лет (1 пачка в день). Работа связана со стрессами. Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Возбужден. Положение ортопное. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Цианоз губ. Набухшие шейные вены. Дыхание клокочущее, на расстоянии слышны влажные хрипы. ЧДД - 28 в 1 мин. В легких - дыхание жесткое, над всей поверхностью выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Границы относительной тупости сердца - правая по правому краю грудины, верхняя - 3 ребро, левая - 5 м/р на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Пульс 92 в 1 мин, аритмичный, симметричный, слабого наполнения и напряжения. За минуту выслушивается, 5 перебоев. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез адекватный.

Результаты дополнительных методов исследования: ОАК: WBC –  $12,3 \cdot 10^9$ /л, RBC –  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, HGB – 146 г/л, HCT – 39,3%, MCV – 78,5 фл, MCH – 26,2 пг/мл, MCHC – 333 г/л, RDW – 12,0%, PLT –  $369 \cdot 10^9$ /л, MPV – 9,8, нейтрофилы - 61%, сегментоядерные - 52%, палочкоядерные-8%, миелоциты - 1%, СОЭ - 4мм/час. БАК: МБ КФК - 50 Ед/л (N - до 2,4), ЛДГ 1 - 196 Ед /л (N до 182), Аст - 57 Ед/л, Тропонин (+), креатинин - 101 мкмоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л. Электролиты: K<sup>+</sup> - 4,3 ммоль/л, Ca<sup>++</sup> - 1,15 ммоль/л, Na<sup>+</sup> - 143 ммоль/л, Cl<sup>-</sup> - 102,4 ммоль/л. Коагулограмма: фибриноген - 3,2 г/л, протромбиновый индекс - 101%, АПТВ - 31 с, этаноловый тест - отр., фибрин акт. - 7 мин, антитромбин III - 98%. Р-ген гр.клетки - неравномерное понижение прозрачности легочных полей в виде очаговых теней различных размеров. Корни легких расширены. ЭКГ прилагается.

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

## Экзаменационная задача № 8

Больной К., 18 лет, студент. Обратился к участковому терапевту с жалобой на выделение мочи красного цвета. Из анамнеза - заболел остро 4 дня назад, когда появились боли в горле при глотании, насморк, заложенность носа. По этому поводу не обследовался, не лечился. Через 3 дня от начала заболевания стал отмечать появление мочи красного цвета. Изменений диуреза не отмечает. 3 года назад после фарингита также отмечался эпизод появления мочи красного цвета.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 76 в 1 мин., АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. С-м "поколачивания" - отрицательный с обеих сторон.

Отеков нет.

Лабораторно: ОАК: WBC –  $4,56 \cdot 10^9$ /л, RBC –  $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, HGB – 140 г/л, HCT – 40,3%, MCV – 84,6 фл, MCH – 29,5 пг/мл, MCHC – 335 г/л, RDW – 11,0%, PLT –  $195 \cdot 10^9$ /л, MPV – 8,1 фл, СОЭ 8мм/ч. БАК: мочевины 5,3 ммоль/л, креатинин 73 мкмоль/л, СКФ – 129 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (по формуле СКД-ЕРІ) ОАМ: моча мутная, реакция кислая, белок 0,066 г/л, эр.- сплошь покрывают поля зрения, лейкоц. 0-5 в п/зр. УЗИ почек: правая - 103 x 46 мм, левая - 104 x 45 мм. ЧЛС не расширена, конкрементов не выявлено.

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

#### Экзаменационная задача № 9

Больная К., 50 лет, служащая. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на упорные боли в правой половине головы, приступообразного характера, провоцирующиеся психоэмоциональным стрессом. Боли возникают ежедневно, их продолжительность 2-4 часа, купируются приемом 2-3 таб. анальгина и аскофена. Беспокоит слабость. Количество выделяемой мочи - 2,5 л/сут.

Из анамнеза: головные боли беспокоят с 20 лет. В последние 3 года отмечает усиление слабости, периодически тяжесть в поясничной области, увеличение диуреза до 2,5 л/сут.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы бледно-серые и сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин: АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются. Отеков нет.

Лабораторно: ОАК: WBC –  $5,0 \cdot 10^9$ /л, RBC –  $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, HGB – 100 г/л, HCT – 41,3%, MCV – 90,6 фл, MCH – 29,6 пг/мл, MCHC – 335 г/л, RDW – 10,0%, PLT –  $258 \cdot 10^9$ /л, MPV – 11,1 фл, СОЭ -10 мм/час.

БАК: креатинин -130 мкмоль/л, мочевины - 9 ммоль/л; ОАМ: уд.вес-1002, белок - 0,066 г/л, глюкоз. - следы, лейкоц - 10-12 в п-зр.; эр. - 3-4 в п.зр. УЗИ почек: размеры - прав. почка - 80 x 46 мм, левая почка - 79 x 46 мм, диффузные изменения паренхимы почек, ЧЛС не расширена, конкрементов не выявилось

#### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

## Экзаменационная задача № 10

Больной М, 49 лет, инженер. Обратился к участковому врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке. Время (месяц) ее появления назвать не может. В последние 2-3 дня после переохлаждения отметил появление слабости, озноба, повышение температуры до 37,1°C, одышка стала появляться при незначительной физической нагрузке. Мокрота стала желто-зеленого цвета, отходит с трудом. При расспросе отметил, что каждое утро в течение нескольких лет во время умывания сплевывает мокроту слизистого характера. Ранее ничем не болел. Алкоголем не злоупотребляет. Курит с 34 лет по пачке сигарет в день. В армии служил связистом. Профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Грудная клетка обычной формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком. При аускультации легких дыхание везикулярное, жесткое, сухие хрипы, усиливающиеся при форсированном дыхании. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины в 4 межреберье, левая - на 2 см кнутри от левой СКЛ, верхняя по 3 ребру. Тоны сердца ослаблены, акцентация тонов сохранена ЧСС 76/мин., ЧДД 16/мин., АД 130/80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, печень по краю реберной дуги.

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Выделить синдромы.
2. Предварительный диагноз и его обоснование. Дифференциальный диагноз.
3. Установите факторы риска
4. Дополнительные методы исследования и ожидаемые результаты.
5. Показания для госпитализации больного.
6. Стандарт лечения и порядок ведения больного.
7. Реабилитация. Прогноз. МСЭ.
8. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

### Критерии оценки:

**«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 логич-

ные, 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.

### 3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки (ПК2, ПК7, ПК9)

#### **Курация пациентов на амбулаторном приёме:**

Сбор жалоб и анамнеза.

Осмотр пациента, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение пульса, АД, частоты дыхания, пульсоксиметрия.

Формулировка диагноза в соответствии с современной классификацией.

Назначение необходимого спектра лабораторных и инструментальных исследований.

Оценка результатов исследований.

Определение показаний для госпитализации пациента.

Назначение лечения в соответствии с клиническими рекомендациями.

Составление плана динамического наблюдения и реабилитации (при наличии показаний).

Заполнение необходимой медицинской документации (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; контрольная карта диспансерного наблюдения; санаторно-курортная карта; карта учета диспансеризации; направление на МСЭ, листок нетрудоспособности; рецепт).

Проведение краткого профилактического консультирования.

#### **Критерии оценки**

**«отлично»** – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений,

**«хорошо»** – обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет,

**«удовлетворительно»** – обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем,

**«неудовлетворительно»** – 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.

### 3.5. Примерное задание к написанию учебной медицинской карты амбулаторного пациента, критерии оценки (ПК2, ПК7, ПК9)

Учебная медицинская карта амбулаторного пациента (МКАП) оформляется студентами путем заполнения соответствующих разделов, на основании данных формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», заполняемой на пациента медицинской организацией.

Записи в Учебной МКАП производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, допускается рукописное или печатное заполнение. Исправления при оформлении Учебной МКАП не допускаются, все необходимые исправления подтверждаются подписью студента, заполняющего форму, при этом делается запись «исправленному на «...» верить». Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.

В Учебной МКАП заполненные (переписанные) разделы «консультация заведующего отделением», «заключение врачебной комиссии» подписываются «виртуальными» лицами: заведующим отделением, членами и председателем врачебной комиссии.

Обязательно заполняется информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие пациента на обработку персональных данных.

#### **Правила и порядок оформления Учебной МКАП**

В пункте 1 проставляют дату первичного заполнения МКАП.

Пункты 2 - 6 учебной МКАП заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента.

Пункт 7 включает серию и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования, пункт 8 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), пункт 9 - название страховой медицинской организации.

В пункте 10 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг:

- ✓ "1" - инвалиды войны;
- ✓ "2" - участники Великой Отечественной войны;
- ✓ "3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1-4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах";
- ✓ "4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;
- ✓ «5» - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";
- ✓ «6» - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;
- ✓ «7» - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;
- ✓ «8» - инвалиды;

✓ «9» - дети-инвалиды.

В пункте 11 отмечается документ, удостоверяющий личность пациента.

В пункте 12 указываются заболевания (травмы), по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение за пациентом и их код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

В случае, если пациент состоит под диспансерным наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких врачей - специалистов (например, по поводу язвенной болезни у врача - терапевта и врача-хирурга), каждое такое заболевание указывается один раз врачом - специалистом, первым установившим диспансерное наблюдение. Если пациент наблюдается по поводу нескольких этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких врачей - специалистов, то каждое из заболеваний отмечается в пункте.

В пункте 13 «Семейное положение» делается запись о том, состоит пациент в зарегистрированном браке или не состоит в браке, на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента. При отсутствии сведений указывается «неизвестно».

Пункт 14 «Образование» заполняется со слов пациента:

- в позиции «профессиональное» указывается «высшее», «среднее»;
- в позиции «общее» указывается «среднее», «основное», «начальное».

Пункт 15 «Занятость» заполняется со слов пациента или родственников:

- в позиции «проходит военную службу или приравненную к ней службу» указывают лиц, проходящих военную службу или приравненную к ней службу;
- позиции «пенсионер(ка)» указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;
- позиции «студент(ка)» указываются обучающиеся в образовательных организациях;
- позиции «не работает» указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;
- в позиции «прочие» указываются лица, которые заняты домашним хозяйством и лица без определенного места жительства.

При наличии у пациента инвалидности, в пункте 16 указывают «впервые» или «повторно», группу инвалидности и дату ее установления.

В пункте 17 со слов пациента указывается место работы и должность.

В случае изменения места работы и (или) места жительства в пунктах 18 и 19 указываются соответствующие изменения.

В пункте 20 указываются все впервые или повторно установленные заключительные (уточненные) диагнозы и ФИО врача, установившего диагноз.

В пунктах 21 и 22 отмечают группу крови и резус-фактор.

В пункте 23 указывают аллергические реакции, которые у пациента были ранее и причинный фактор.

В пункте 24 производится запись врачей-специалистов (студентов) путем заполнения соответствующих строк:

- в первой строке ставится дата осмотра, место проведения осмотра подчеркивается;
- графе «Врач» указывается специальность врача;
- в графе «Жалобы» подробно отмечаются жалобы по основному и сопутствующему заболеванию;
- в графе «Анамнез заболевания» при острых заболеваниях/травмах: указывается дата/часы начала заболевания, причина заболевания (эпидемиологический анамнез при инфекционных заболеваниях), первоначальные симптомы, течение заболевания и способы лечения до обращения за медицинской помощью; при хроническом заболевании: указывается время начала заболевания, частота обострений, лечение, сведения о последнем обострении (дата/часы начала обострения,

симптомы);

- Диагноз формулируется согласно, современным классификациям и кодируется по МКБ-10;
- в графе «Назначения (исследования, консультации)» отмечаются необходимые для диагностики лабораторные и инструментальные методы обследования и консультации специалистов;
- в графе «Лечение» указываются: 1) режим; 2) особенности диеты; 3) лекарственные препараты (с указанием непатентованного названия), дозировка, кратность и длительность приема, рядом отмечается группа лекарственных средств, к которой относится назначенный препарат; 4) физиотерапия;
- в графе «Листок нетрудоспособности, справка» указывается необходимый документ и обоснованность его выдачи, номер документа, даты временной нетрудоспособности (с... по...), последующая явка;
- в графе «Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства» ставится роспись пациента;
- записи врача (студента) завершаются росписью врача (студента) с расшифровкой росписи.

Пункт 25 служит для записей о состоянии пациента при наблюдении в динамике:

- дата осмотра, место проведения осмотра, жалобы пациента оформляются аналогично пункту 24;
- в графе «Данные наблюдения в динамике» отражается динамика состояния (субъективных, объективных данных), включая результаты назначенных лабораторных и инструментальных методов исследования;
- в графе «Диагноз заболевания» отражается как основное, так и сопутствующее заболевание
- в графе «Назначения (исследования, консультации)» записываются необходимые дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования;
- в графе «Листок нетрудоспособности» при сохраняющейся нетрудоспособности и необходимости продления листка нетрудоспособности, делаются соответствующие записи, при отсутствии признаков нетрудоспособности листок нетрудоспособности закрывается;
- в графе «Лечение» проводится коррекция лечения (отмечается продолжение приема назначенных лекарственных средств, замена препаратов);

Пункт 26 содержит этапный эпикриз. Данный пункт в Учебной МКАП с целью систематизации знаний заполняется обязательно:

- в графе «Динамика состояния, проведенное обследование и лечение» в краткой форме отмечается начало заболевания, его развитие, результаты обследования, лечение, динамика состояния;
- Заключительный диагноз основного и сопутствующих заболеваний оформляется согласно современным классификациям и кодируется согласно МКБ-10;
- в графе «Обоснование диагноза» выделяются синдромы и симптомы имеющихся заболеваний, выделяется ведущий синдром, обосновывается стадии, степень тяжести заболеваний и осложнений;
- в графе «Рекомендации» отмечаются рекомендации медикаментозного и немедикаментозного характера как по основному заболеванию, так и по сопутствующим;
- в графе «Врач» ставится роспись и расшифровка росписи студента.

Пункт 27 «Консультация заведующего отделением» и пункт 28 «Заключение врачебной комиссии» - заполняются виртуальными лицами или переписываются из МКАП.

В пункте 29 «Диспансерное наблюдение» записываются данные о пациенте согласно графам, в отношении того заболевания, по которому осуществляется диспансерное наблюдение.

В пункте 30 указываются сведения о проведенных госпитализациях (согласно графам).

В пункте 31 отмечаются сведения о проведенных оперативных вмешательствах (согласно графам).

В пункте 32 указываются сведения о полученных дозах облучения при рентгенологических исследованиях.

В пункт 33 «Результаты функциональных исследований» необходимо внести назначенные методы функциональных исследований, и их результаты.

В пункте 34 «Результаты лабораторных исследований» необходимо внести назначенные лабораторные исследования, и их результаты.

Пункт 35 служит для записи эпикриза. Данный эпикриз оформляется в случае выбытия из района обслуживания медицинской организации или в случае смерти (посмертный эпикриз).

В случае выбытия эпикриз направляется в медицинскую организацию по месту медицинского наблюдения пациента или выдается на руки пациенту.

В случае смерти пациента оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы «Медицинское свидетельство о смерти», а также указываются все записанные в нем причины смерти.

### **Критерии оценки:**

**«отлично»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

**«хорошо»** - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

**«удовлетворительно»** - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

**«неудовлетворительно»** - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

### **Критерии и порядок оценки Учебной МКАП**



<b>ОЦЕНОЧНЫЙ ЛИСТ УЧЕБНОЙ МКАП</b>				
Критерии оценки				
№	Оцениваемые критерии	Балл от 0 до 2	Максимально возможный балл	Набранный балл
А)	<b>Диагностика заболевания</b> (полнота, правильность описания субъективного и объективного обследования)	0	2	
		1		
		2		
Б)	<b>Формулировка диагноза</b> (полнота, соответствие современным классификациям, кодирование по МКБ-10)	0	2	
		1		
		2		
В)	<b>Ведение пациента</b> (дополнительное обследование, консультации, лечение, оценка состояния в динамике)	0	2	
		1		
		2		
Г)	<b>Оценка нетрудоспособности</b> (выявление признаков нетрудоспособности, определение сроков временной нетрудоспособности)	0	2	
		1		
		2		
Д)	<b>Качество оформления</b> (умение оформить работу в соответствии с графами, правильность оформления листка нетрудоспособности).	0	2	
		1		
		2		
<b>ИТОГОВЫЙ БАЛЛ</b>				
<b>0 баллов – полное невыполнение критерия</b> <b>1 балл – частичное невыполнение, выполнение с ошибками</b> <b>2 балла - критерий выполнен полностью</b>				
<b>Отлично»: 9-10 баллов</b> <b>«Хорошо»: 7-8 баллов</b> <b>«Удовлетворительно» - 5-6 баллов</b> <b>«Неудовлетворительно» - 4 и менее баллов</b>				

**Практический навык «Амбулаторный приём пациента с целью профилактического осмотра»**

## КАФЕДРА СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ФИО \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

### Оценочный лист практических навыков

№	Элемент деятельности	Отметка о выполнении Да/Нет
1.	Поздороваться с пациентом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Предложить пациенту сесть на стул	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Представиться, обозначить свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Спросить у пациента, сверяя с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	: фамилию	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	: имя	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	: отчество	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	: возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Обратиться к пациенту по имени отчеству	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Осведомиться о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Информировать пациента о процедуре и получить согласие на её проведе-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Убедиться в наличии всего необходимого	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	: стетофонендоскоп,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	: тонометр с обычной манжетой,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	: тонометр с большой манжетой,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	: спиртовая салфетка	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	: сантиметровая лента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	: медицинская документация, шариковая ручка (при отсутствии компьютер- ной версии)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Обработать руки гигиеническим способом перед началом манипуляции</b>	
19.	: Иметь коротко подстриженные ногти, отсутствие следов лака на ногтях, искусственных	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	: Убедиться в отсутствии на пальцах рук и запястьях ювелирных украшений	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	: Открыть воду локтевым смесителем	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	: Смочить кисти обеих рук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	: Закрыть воду локтевым смесителем	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	: Выдавить мыло с антисептиком из локтевого дозатора на ладонь одной руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	: Распределить антисептическое мыло на всю поверхность кистей обеих рук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	: Тереть ладонь о ладонь	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	: Тереть ладонью одной руки о тыл кисти другой руки с обработкой меж- пальцевых поверхностей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	: Повторить движение, поменяв руки местами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	:: Тереть ладонь о ладонь с обработкой межпальцевых поверхностей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	: Тереть ногтевые ложа одной руки о ладонь другой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	: Повторить движение, поменяв руки местами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	: Обхватив большой палец одной руки ладонью другой, тереть его враща- тельными движениями	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	: Повторить движение, поменяв руки местами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	: Тереть кончиками пальцев одной руки середину ладони другой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	: Повторить движение, поменяв руки местами	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Соблюсти продолжительность обработки рук мылом с антисептиком не менее 30, не более 60 сек	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Открыть локтем воду локтевым дозатором	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Смыть состав с рук	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	: в направлении от кончиков пальцев до запястья	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Закрыть локтем воду, локтевым смесителем	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Вытереть руки насухо одноразовым полотенцем	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Утилизировать полотенце в отходы класса А	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Удобно расположиться рядом с сидящим на стуле пациентом Попросить па-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	Оценка признаков хронической гипоксии, измерение ЧСС и ЧДД	
44.	Сказать, что хотите оценить цвет кожных покровов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Сказать, что хотите оценить состояние пальцев рук пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Пропальпировать пульс на лучевой артерии на одной руке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	: Держать не менее трех своих пальцев в месте проекции лучевой артерии,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	: Оценить частоту дыхательных движений, продолжая делать вид, что изме-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	: вторую руку положить на живот или грудную клетку пациента, не менее 10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	Оценка носового дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Сказать, что хотите оценить носовое дыхания, попросив форсировано по-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Попросить пациента освободить область груди от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Сказать, что хотите осмотреть грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Озвучить результат осмотра грудной клетки (как вариант нормы)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	: Форма грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	: Деформации грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
56.	: Симметричность участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	: Втяжение уступчивых мест грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
58.	: Тип дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59.	: Ритм дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	Пальпация грудной клетки	
60.	Сказать, что хотите оценить эластичность грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61.	: Сдавить грудную клетку в переднезаднем направлении	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
62.	: Сдавить грудную клетку по бокам	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
63.	: Спросить у пациента о болевых ощущениях при пальпации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
64.	: Озвучить результат оценки эластичности грудной клетки (как вариант нор-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
65.	Попросить пациента несколько раз повторить вслух цифру «33» в момент	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
66.	: Симметрично расположить ладони в области верхушек легких спереди	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
67.	: Сбоку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
68.	: Сзади	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
69.	: Озвучить результат оценки голосового дрожания (как вариант нормы)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	Сравнительная перкуссия грудной клетки	
70.	Расположить пальцы для перкуссии легких в надключичной ямке пациента и	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

71.	: Сначала с одной стороны, затем с другой стороны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
72.	: Повторить те же действия на ключице	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
73.	: Убрав палец плессиметр	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
74.	: Провести сравнительную перкуссию в 1-ом межреберье по срединно-ключичным линиям	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
75.	: Провести сравнительную перкуссию во 2-ом межреберье по срединно-ключичным линиям	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
76.	: Не проводить перкуссию ниже 2-го межреберья спереди	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
77.	Попросить пациента поднять руки и сложить их в замок на своём затылке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
78.	Повести перкуссию в 3 межреберье по боковой поверхности грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
79.	: Сначала с одной стороны, затем с другой стороны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
80.	: Повторить те же действия в 4 межреберье по боковой поверхности грудной клетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
81.	: Не проводить перкуссию ниже 4-го межреберья сбоку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
82.	Провести сравнительную перкуссию в надостных областях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
83.	Попросить пациента повернуться спиной, слегка наклониться вперед, опустив голову и скрестить руки на груди, положив ладони на плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
84.	: Провести перкуссию на симметричных участках верхнего, среднего и нижнего отделов межлопаточного пространства	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
85.	: Сначала с одной стороны, затем с другой стороны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
86.	: Повторить те же действия в подлопаточных областях, в частности, в VII, VIII и IX межреберьях вначале по околопозвоночным и далее по лопаточным линиям	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	: Озвучить результат перкуссии грудной клетки (как варианта нормы - при перкуссии ясный легочный звук, одинаковый на симметричных участках грудной клетки.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Аускультация легких</b>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
87.	Исследовать симметричные участки передней стенки грудной клетки на уровне I, II и III межреберий, причем срединно-ключичная линия должна пересекать датчик стетофонендоскопа посередине.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
88.	: в строго симметричных точках	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
89.	Попросить пациента сложить руки в замок и положить их за голову (на затылок).	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
90.	Стетофонендоскоп последовательно помещают в симметричные точки на уровне надостных ямок, в межлопаточное пространство на 2-3-м уровнях и в подлопаточные области на уровне VII, VIII и IX межреберий.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
91.	Исследовать симметричные участки задней стенки грудной клетки на уровне I, II и III межреберий, причем срединно-ключичная линия должна пересекать датчик стетофонендоскопа посередине.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
92.	Озвучить результат аускультации легких (как вариант нормы).	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
93.	: Основной дыхательный шум	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
94.	: Наличие дополнительных дыхательных шумов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
95.	Предложить пациенту одеться	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Измерение артериального давления</b>	
96.	Задать вопросы о следующих действиях совершённых за 30 мин до измерения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
97.	: о курении,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
98.	: интенсивной физ.нагрузке,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
99.	: принимаемых лекарствах,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
100.	: употреблении кофе,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
101.	: принятии пищи,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
102.	: употреблении алкоголя	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
103.	Попросить (при необходимости помочь) пациента занять необходимую позу для проведения процедуры, попросить оголить руку и уточнить, что:	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
104.	: пациенту удобно	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
105.	: с расслабленными и не скрещенными ногами, ступни находятся на полу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

106.	: упор спины о спинку стула,	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
107.	: рука лежит на поверхности на уровне сердца, ладонная поверхность вверх	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
108.	: дыхание спокойное	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
109.	Измерить диаметр плеча	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
110.	Выбрать подходящий размер манжеты	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
111.	Проверить работоспособность тонометра, наполнением манжеты и визуализацией подвижности стрелки манометра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
112.	Оголить руку и наложить манжету тонометра на 2-2,5 см выше локтевой ямки (одежда не должна сдавливать плечо выше манжеты)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
113.	: правильно разместить манжету на плечо	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
114.	: закрепить манжету так, чтобы под неё свободно проходили 2 пальца	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
115.	Установить манометр в положение для его наблюдения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
116.	Одной рукой найти место пульсации лучевой артерии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
117.	Второй рукой закрыть клапан (вентиль) груши по часовой стрелке и нагнетать воздух до исчезновения пульсации на лучевой артерии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
118.	Озвучить показания манометра (как вариант нормы) и спустить воздух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
119.	Использовать стетофонендоскоп	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
120.	: мембрану которого поместить у нижнего края манжеты над проекцией плечевой артерии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
121.	: не допускать создания значительного давления на кожу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
122.	: головка стетофонендоскопа не находится под манжетой	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
123.	Второй рукой закрыть клапан (вентиль) груши (по часовой стрелке) и быстро накачать воздух в манжету до уровня, превышающего, на 30 мм.рт.ст результат, полученный при пальпаторной пробе	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
124.	Открыть клапан (вентиль) груши и медленно выпускать воздух из манжеты.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
125.	: скорость понижения давления в манжете 2 - 3 мм рт. ст. за секунду	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
126.	: смотреть на манометр, выслушивая тоны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
127.	Выслушивать до снижения давления в манжете до нулевой отметки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
128.	Сообщить пациенту результат исследования, назвав две цифры, соответствующие моменту появления (АД сист) и исчезновения (АД диаст) тонов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
129.	Повторить измерение на второй руке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
130.	Повторное уточнение самочувствия пациента в конце обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Завершение</b>	
131.	Поблагодарить пациента, сказать, что можно одеться сообщить, что Вы закончили и сейчас подготовите письменное заключение его результатов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
132.	Вскрыть спиртовую салфетку и утилизировать её упаковку в отходы класса А	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
133.	Обработать спиртовой салфеткой мембрану стетофонендоскопа и его оливы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
134.	Утилизировать спиртовую салфетку в отходы класса Б	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
135.	Обработать руки гигиеническим способом после манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<b>Нерегламентированные действия</b>	
136.	Не проводил обследование пациента в положении стоя	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
137.	Не проводить измерение АД через одежду	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
138.	Не проводить измерение АД с закатанным рукавом в виде сдавливающего валика	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
139.	Не допустима практика округлений до "5" и "0"	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
140.	Мне понравилось	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

<sup>5</sup> Если смеситель не локтевой, то закрыть воду применив использованное одноразовое полотенце

Комментарии: \_\_\_\_\_

Эксперт \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Оценочный лист к практическому навыку «Осмотр и пальпация молочных желез»**

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

**4.1.Методика проведения тестирования**

№	АЛГОРИТМ действий	Критерий соответствия	Максимальный БАЛЛ	ПОЛУЧЕННЫЙ БАЛЛ
1	Создание комфортных и безопасных условий осмотра	Плотно закрыть дверь или поместить пациента за ширму на время осмотра	2	
2	Визуальный осмотр молочных желез	Оценить симметричность желез, состояние кожи, наличие деформаций, в т.ч. зоны ареолы, наличие признаков выделений из сосков	2	
3	Осмотр и пальпация регионарных лимфоузлов	Осмотр и пальпация надключичных, подключичных и подмышечных лимфоузлов	2	
4	Пальпация молочных желез	Ладонь неведущей руки положить под молочную железу снизу, ведущей рукой мягкими круговыми движениями умеренно надавливая пропальпировать железы	2	
5	Определение наличия выделений из сосков	Двумя пальцами осторожно нажимая на соски оценить наличие и характер выделений	2	
Максимальный балл			<b>10</b>	
Оценка «5» - 9 - 10 баллов «4» - 8 - 9 баллов «3» - 7 - 8 баллов «2» - 6 и менее баллов				

**Целью** этапа промежуточной аттестации по дисциплине «Поликлиническая терапия», 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 Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

**Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (промежуточная аттестация в виде зачёта в 10 семестре и в виде экзамена – в 12 семестре) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, 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	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30	18
Кол-во баллов за правильный ответ	1	2
<b>Всего баллов</b>	<b>30</b>	<b>36</b>
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15	8
Кол-во баллов за правильный ответ	2	4
<b>Всего баллов</b>	<b>30</b>	<b>32</b>
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8	8
<b>Всего баллов</b>	<b>40</b>	<b>32</b>
<b>Всего тестовых заданий</b>	<b>50</b>	<b>30</b>
<b>Итого баллов</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Мин. количество баллов для аттестации	70	70

**Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом зачёта/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 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и не более полутора академических часов на экзамене.

#### Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете и 50 на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете и 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 выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные/экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

### **4.2.Методика проведения приема практических навыков**

**Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

#### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

#### **Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

#### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины на последнем занятии по дисциплине (), 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.

#### **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 осуществляется на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины «Поликлиническая терапия».

Приём практических навыков осуществляется на основе итоговой учебной МКАП, выполненной обучающимся по результатам амбулаторного приёма пациента.

**Результаты процедуры:**

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные/экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

### **4.3.Методика проведения устного собеседования**

**Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине, 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 Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

**Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину. В случае, если обучающийся не проходит процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

**Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины в соответствии с расписанием учебных занятий (при проведении промежуточной аттестации в форме зачета – в 10 семестре), и в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена – в 12 семестре). Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

**Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

**Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включа-

ет вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

#### **Описание проведения процедуры:**

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование при проведении промежуточной аттестации (зачёта) осуществляется по вопросам билета; результат собеседования определяется оценками «зачтено», «не зачтено».

Собеседование при проведении промежуточной аттестации (экзамена) – по вопросам билета и по ситуационной задаче. Результат собеседования определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

#### **Результаты процедуры:**

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные/экзаменационные ведомости и представляются в деканат лечебного факультета.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

#### **Составители:**

Зав. кафедрой семейной медицины  
и поликлинической терапии профессор М.С. Григорович

Профессор кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии С.Ф. Гуляева

Доцент кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии Е.Ю. Вычугжанина

Доцент кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии Т.В. Жолобова

Доцент кафедры семейной медицины  
и поликлинической терапии Н.С. Максимчук-Колобова

Зав. кафедрой семейной медицины  
и поликлинической терапии профессор М.С. Григорович