**федеральное Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом Идпо**

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  зав.каф.поликлинической  терапии с курсом ИДПО  д.м.н., профессор Волевач Л.В.  «31» августа 2018г. |

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: Лечебное дело

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­2 Курс: 6

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«Хронический панкреатит. Ведение больных в условиях поликлиники»**

Методические рекомендации

для преподвателей к контактной работе

Уфа – 2018 г.

Тема практического занятия:«Хронический панкреатит. Ведение больных в условиях поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО(2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2018г. ректором Павловым В.Н.

Рецензенты:

1. Заведующий кафедрой факультетской терапии Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Авторы: проф. Волевач Л.В., проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В., асс. Шуваева Л.Г.

Утверждено на заседании №1кафедры поликлинической терапии с курсом ИДПО «31» августа 2018 г. протокол № 1.

**«Хронический панкреатит. Ведение больных в условиях поликлиники»**

1. Тема и ее актуальность: Хроническийпанкреатит (ХП) - в настоящее время является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Удельный вес ХКХ в структуре заболеваемости желчевыводящих путей от 10,5 до 66,91%.

Частота его составляет 3,9-6,5 на 1000 населения. Говоря о распространенности ХП можно отметить, что это заболевание встречается преимущественно: а) в первично-хронической форме; б) чаще в среднем возрасте; в) чаще среди женщин; г) чаще в развитых странах (Галкин В А., 1986).

В последние десятилетия отмечена устойчивая тенденция к росту заболе­ваемости ХП. Существенные изменения претерпел и патоморфоз заболевания: ХП значительно "помолодел" и встречается не только в молодом, но и в детском возрасте; чаще стал выявляться у лиц мужского пола и среди больных с нормальной массой тала.

При легкой форме ХП воспалительные явления выражены нерезко, тече­ние вялое, монотонное, приступы желчной колики 1-2 раза в год. Обострения 1-2 раза в год непродолжительны. Общие и местные симптомы обострения выражены нерезко, иногда рвота желчью, повышение температуры до 37,6 ° С. Иногда небольшой лейко­цитоз и повышение СОЭ.

Нетрудоспособность по 6-8 дней. Вне периода обострения диспепсические явления отсутствуют или слабо выражены, наблюдаются умеренные боли в правом подреберье или явления дискомфорта, изменения со стороны других органов отсутст­вуют.

ХП средней степени тяжести - обострения до 3-4 раз в год, приступы пече­ночной колики до 5-6раз в год. Температура тела может повышаться до 38-39°С, со­провождается выраженной интоксикацией, повторной рвотой, не облегчающие состоя­ния больного. Иногда - рефлекторная стенокардия, кратковременная желтушность склер. Число лейкоцитов достигает 12-14х109 /л, ускорение СОЭ.

Сроки нетрудоспособности 20-23 дня в стационаре и всего 35-40 дней, если поражаются желчные протоки, поджелудочная железа.

При тяжелой форме ХП часто отмечаются различные осложнения - холангит, гепатит, цирроз, панкреатит, перихолецистит. Обострение более 5 раз в год, частые приступы печеночной колики. Нетрудоспособность 6-7 недель, В связи с тем, что функциональные нарушения остаются и вне периода обострения и выражены резко, больные нетрудоспособны.

С целью предупреждения возникновения заболеваний билиарной системы необходима эффективная первичная профилактика, в основе которой лежит раннее воз­действие на факторы риска. Возникновению заболевания способствует застой желчи в желчевыводящих путях, изменение её физико-химических свойств; спазм пузырного протока, нейроэндокринные нарушения, инфекционно-аллергические, социальные фак­торы и т.д.

Современный подход к медико-социальной проблеме больных ХП подразу­мевает комплекс мероприятий, направленных на предупреждения развития осложнений, а также прогрессирования данного заболевания.

Основное значение придается усилению эффективности первичного контакта врач-пациент и связанного с этим увеличения числа первичных случаев обслуживания с профилактической целью, проведения с пациентами объема работы, уменьшающие количество повторных обращений.

***2.* Учебные цели:** овладение врачебными навыками ранней диагностики, проведения ВТЭ, назначения индивидуализированного лечения больных ХП в усло­виях поликлиники.

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен знать:**

* факторы риска ХП
* этиологию патогенез, современную классификацию
* методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного доследова­ния больного
* интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов ис­следования
* принципы ВТЭ
* средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии
* особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетанной патологии
* принципы реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов
* методы первичной, вторичной третичной профилактики

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен уметь:**

* провести раннюю диагностику ХП
* дифференцировать его с другими заболеваниями ЖКТ, имеющими сход­ную симптоматику
* назначить план дополнительного обследования
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных ис­следований
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией
* осуществить своевременную госпитализацию больного
* назначить больному индивидуализированное лечение
* провести экспертизу нетрудоспособности
* назначить комплекс профилактических мероприятий с применением ме­дикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
* проводить мероприятия по первичной, вторичной профилактике ХП***.***

**Для формирования профессиональных компетенций обучающийся должен владеть:**

* методами общеклинического обследования**,**
* интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,
* владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,
* алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,
* алгоритмом развернутого клинического диагноза,
* основами ведения медицинской документации
* основами медицинской, физической, психологической и социальной реабилитации.

**3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология ХП

2.Основные механизмы патогенеза ХП

3.Современная классификация ХП

4.Клинические проявления различных форм ХП

5. Лабораторно-инструментальные методы исследования

**4.Вид занятия:** практическое занятие

**5.Продолжительность занятия**: 6 академических часов

**6.Оснащение кабинета:** таблицы, плакаты, диапроектор, альбомы по фармакотерапии, наборы результатов этапного хроматического дуоденального зондирования, набор снимков УЗИ, холецистография.

7 .**Содержание занятия:**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний обучающихся с применением тестов.

7.3. ознакомление обучающихся с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа обучающихсяпод руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения обучающимися темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля.

**Тестовый контроль исходного уровня знаний и умений**

Выберите один правильный ответ

1. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ТРИАДА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

А) боль в животе, желтуха, высокая температура

Б) боль в животе, метеоризм, диарея

В) боль в животе, прожилки крови в кале, слизь в кале

Г) боль в животе, рвота «кофейной гущей», мелена

2. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

А) 3 года

Б) 2 года

В) пожизненно

Г) 1 год

3. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

А) морфин

Б) атропин

В) новокаин

Г) баралгин

4. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ

А) кортикостероиды

Б) ферментные препараты

В) анальгетики

Г) сандостатин

5. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А)боль опоясывающего характера

Б) высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)

В)гипергликемия

Г) стеаторея

6. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) синдрома раздраженной кишки

Б) болезни Крона

В) ишемического колита

Г) хронического панкреатита

7. У ЧЕЛОВЕКА В СУТКИ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

А)До 0,5 л

Б) 0,5-1,0 л

В) 1,0-1,5

Г) 1,5-2,0 л

8. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

А)муковисцидозе

Б) первичном амилоидозе

В) синдромеМарфана

Г) ни при одном из перечисленных заболеваний

9. К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТ

А) снижение массы тела

Б) гипергликемию

В) стеаторею

Г) дефицит жирорастворимых витаминов

10. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А) повышенной активности эластазы в кале

Б) кальцинатов в головке поджелудочной железы

В) пониженной активности диастазы мочи

Г) большого количества жира в кале

**Ситуационные задачи**

**Задача №1.**

Больная К. 36 лет предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, которые возникли внезапно, отмечается тошнота, однократная рвота, озноб, повышение температуры тела. Боли исчезли постепенно через 30 минут. Объективно: живот мягкий, бо­лезненный в правом подреберье, симптомы Ортнера, Кера положительны. OAK: эр. 4.7x1012 /л, Нв-122 г/л, л- 9,1x109/л, СОЭ 17 мм/час.

1 .Ваш диагноз?

2 .Тактика врача

**Задача №2.**

Б. В поликлинику обратилась молодая женщина 22 лет, астенической конституции, пониженного питания с жалобами на возникающие периодически приступообразные боли в правом подреберье, возникающие через 1-1,5 часа после еды. Боли не продолжитель­ные. При осмотре живот мягкий, безболезненный. УЗИ: желчный пузырь уменьшен в размере, стенки не изменены.

1. Ваш диагноз?

2. Назовите наиболее частые факторы, приводящие к данному патологическому состоя­нию,

3. Назовите основные лечебные мероприятия применяемые при данном заболевании.

**Задача №3.**

Больная А., 37 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, ключицу, продолжительностью до 2 часов, особенно после нарушений в диете, повышение температуры до 38,00С, на снижение аппетита, тошноту, повторную рвоту, не приносящую облегчения, озноб, слабость. Из анамнеза - питание: гиперкалорийное, дефицит растительных жиров в пище, малоподвижный образ жизни, избыточная масса тела. Страдает хроническим холециститом несколько лет с обострениями 3-4 раза в год. У матери ЖКБ (холецистэктомия в 44 года).

Объективно - температура 38,00С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,7х1012/л, НВ - 121г/л, эозинофилы 10, Л - 14х109/л, СОЭ 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,3 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - бак.исследование желчи - лямблии, бактерии.

УЗИ: деформация желчного пузыря, камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Сформулировать возможные осложнения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача№4.**

Больная И., 36 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на постоянный горький привкус во рту, вздутие кишечника, нарушение стула, на стойкие, сильные боли в эпигастрии, чувство распирания в верхней половине живота, слабость, повышение температуры до 37,40С. Из анамнеза - болеет язвенной болезнью желудка, гастритом около 12 лет, лечение не регулярное. У бабушки – ЖКБ. Страдает хроническим холециститом с 29 лет.

Объективно - температура 37,40С, бледность кожных покровов, живот мягкий, болезненный в правом, левом подреберье и эпигастральной области, умеренный метеоризм, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,26х1012/л, НВ - 118г/л, эозинофилы 1, Л - 16х109/л, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - желчь мутная с хлопьями, со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

УЗИ: деформация желчного пузыря, его стенки утолщены и склерозированы (более 4 мм), камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Дать рекомендации по профилактике.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №5.**

Больная Б., 30 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые боли в области правого подреберья, особенно после нарушений в диете, тошноту, однократную рвоту, не приносящую облегчения, слабость, нарушение стула. Из анамнеза - в 6 лет перенесла болезнь Боткина, с 21 года - страдает хроническим холециститом, регулярного лечения и профилактики не получала. Диету не соблюдает, питание не рациональное.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси. Отмечается вздутие толстого кишечника.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,4х1012/л, НВ - 124г/л, Л - 14х109/л, СОЭ 23 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, билирубин 24,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - желчь мутная со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

УЗИ: деформация желчного пузыря, продолговатой формы, его стенки утолщены до 6 мм, камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №6.**

Больная А., 31 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, продолжительностью до 2-3 часов, особенно после приема холодных, газированных напитков, яиц, острых закусок; боли около пупка и в нижней части живота, нарушения стула. Из анамнеза - в 24 года перенесла дизентерию, с 26 лет поставили диагноз хронический колит, холецистит с обострениями до 3 раз в год. Питание нерегулярное, с преобладанием жирной пищи.

Объективно - температура 36,90С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,2х1012 /л, НВ - 123г/л, Л - 11х109/л, СОЭ 17 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,8 ммоль/л, триглицериды 2,3 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

УЗИ: форма желчного пузыря продолговатая, стенки утолщены, конкрементов и спаек нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Какие дополнительные методы исследования можно
3. применить, профилактика.
4. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
5. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №7.**

Больная Р., 29 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на тупые боли в области правого подреберья и эпигастрии, продолжительностью до 1 часа, купирующиеся спазмолитиками, тошноту, слабость, нарушение стула. Из анамнеза - страдает хроническим холециститом около 5 лет с обострениями до 2 раз в год, питание не рациональное.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, имеются зоны кожной гиперестезии в правом подреберье и под правой лопаткой.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,4х1012/л, НВ - 124г/л, Л - 14х109/л, СОЭ 20 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - порция В (пузырная желчь) мутная с хлопьями и со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита, лейкоциты.

Пероральная холецистография – медленное опорожнение желчного пузыря более 90 минут, признаки перихолецистита (затруднение смещаемости желчного пузыря, неровные контуры и неправильная форма).

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №8.**

Больная Р., 29 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на интенсивную, приступообразную боль в области правого подреберья, продолжительностью до 2-2,5 часов, особенно после приема жирных и жаренных блюд, тошноту, отрыжку горечью, нарушение стула. Из анамнеза - перенесла гепатит В 4 года назад, поставили хронический холецистит в 26 лет, питание не рациональное, преобладает еда в сухомятку.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, имеются зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,4х1012/л, НВ - 120г/л, Л - 16х109/л, СОЭ 25 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л, билирубин 30,1 мкмоль/л, повышение АЛТ, АСТ, ЩФ.

Инструментальные исследования:

УЗИ - деформация желчного пузыря, стенки утолщены до 5 мм, камней нет.

Дуоденальное зондирование - порция В (пузырная желчь) мутная с хлопьями и со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

Пероральная холецистография – медленное опорожнение желчного пузыря более 90 минут.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача № 9.**

Больная Р., 52 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на непостоянные, умеренные, тупые боли в области правого подреберья, продолжительностью до 0,5 часа, особенно после приема жаренных блюд, тошноту, горечь во рту, нарушение стула. Из анамнеза - страдает гипертонической болезнью с 40 лет, хроническим холециститом с 34 лет с обострениями 1 раз в год.

Объективно - температура 36,40С, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, имеются зоны кожной гиперестезии в правом подреберье.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,9х1012 /л, НВ - 116г/л, Л - 15х109/л, СОЭ 21 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,5 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

УЗИ - деформация желчного пузыря, толщина стенки 5 мм, камней нет.

Дуоденальное зондирование - порция В (пузырная желчь) мутная с хлопьями и со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

Пероральная холецистография – медленное опорожнение желчного пузыря – 100 минут.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз.
2. Принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №10.**

Больная И., 46 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на постоянный горький привкус во рту, вздутие кишечника, нарушение стула , на стойкие, тупые боли в эпигастрии и правом подреберье, слабость, повышение температуры до 37,50С. Из анамнеза: у бабушки – ЖКБ. Страдает хроническим холециститом с 29 лет. Лечение не получала. Питание не сбалансированное.

Объективно - температура 37,40С, бледность кожных покровов, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, умеренный метеоризм, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера.

Лабораторные данные: ОАК: эр - 3,2х1012 /л, НВ - 118г/л, эозинофилы 1, Л - 16х109/л, СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 7,6 ммоль/л, триглицериды 2,2 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Дуоденальное зондирование - желчь мутная с хлопьями, со значительной примесью слизи, цилиндрического эпителия, клеточного детрита.

УЗИ: деформация желчного пузыря, его стенки утолщены до 6 мм, камней нет.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз.
2. Дать рекомендации по профилактике.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Тестовый контроль конечного уровня знаний**

Выберите один правильный ответ

1.ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТАКТИВНОСТЬ

А) эластазы кала

Б) липазы кала

В) эластазы крови

Г) липазы крови

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТДЛЯ

А) диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

Б) дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита

В) оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы

Г) оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы

3. МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХЛЮДЕЙСОСТАВЛЯЕТ ММ

А) 4

Б) 5

В) 2

Г) 3

4. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ

А) кортикостероиды

Б) ферменты (панкреатин)

В) сосудистые препараты

Г) ингибиторы АПФ

5. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕР СТУЛА

А) обильный, кашицеобразный, блестящий

Б) скудный, фрагментированный

В) водянистый с хлопьями

Г) жидкий, с примесью алой крови

6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФЕРМЕНТНЫЕПРЕПАРАТЫ

А) высокодозные микрогранулированные

Б) высокодозные таблетированные

В) низкодозныемикрогранулированные

Г) низкодозныетаблетированные

7. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ВНЕШНЕЙ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН

А)омепразол

Б) сандостатин

В) панкреатин

Г) дротаверин

8. В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТСУТСТВУЮТ

А) ингибиторы протоновой помпы

Б) прокинетики

В) желчегонные

Г) ферменты

**9. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА?**  
A)Кальцинаты в вирсунговом протоке  
Б) Некроз  
В) Фибросклероз  
Г) Нагноение  
Д)Псевдокисты  
  
**10. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА?**  
А)Дежурная петля  
Б)Кальцинаты в проекции поджелудочной железы  
В)Аеробилия  
Г)Уровни жидкости  
Д) Стеноз вирсунгового протока

**Ситуационные задачи для контроля конечного уровня знаний**

**Задача № 1.**

Больная М., 32 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на ноющие, тупые, постоянные боли в области правого подреберья, отрыжка, тошнота, бывает рвота, не приносящая облегчения. Из анамнеза: питание - большие перерывы в приеме пищи, еда в сухомятку. Хронический холецистит около 3 лет с обострениями 2 раза в год.

Объективно - температура 36,70С, живот мягкий, умеренно болезненный, умеренный метеоризм, положительные симптомы Кера, Мерфи, Гаусмана.

Лабораторные данные: ОАК: эритрроциты 3,6х1012 /л, НВ - 122г/л, Л - 10х109/л, СОЭ 19 мм/час.

Инструментальные исследования:

Холецистография – деформация желчного пузыря с нарушением концентрационной и двигательной функции желчного пузыря.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз.
2. Сформулировать принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №2.**

Больная К., 34 года обратилась к участковому терапевту с жалобами на тяжесть и тупые, непостоянные боли в области правого подреберья после погрешности в диете, иррадиирующие вверх, в правое плечо, горечь во рту, повышение температуры до 37,30С. Из анамнеза: питание - нерегулярность в приеме пищи, преобладание жиров животного происхождения, любит жареное. Страдает хроническим холециститом около 7 лет с обострениями 2-3 раза в год.

Объективно - температура 37,30С, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, положительные симптомы Кера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, зоны кожной гиперестезии в правом подреберье и под лопаткой.

Лабораторные данные: ОАК эр - 3,8х1012 /л, НВ - 124г/л, Л - 16х109/л, СОЭ 28 мм/час.

Биохимический анализ крови: холестерин 8,8 ммоль/л, триглицериды 2,5 ммоль/л.

Инструментальные исследования:

Холецистография – воспалительный процесс в желчном пузыре с перихолециститом.

1. Поставить клинико-функциональный диагноз, осложнение.
2. Сформулировать принципы лечения.
3. Провести врачебно-трудовую экспертизу.
4. Определить группу диспансерного наблюдения.

**Задача №3.**

Больная К., 34 года, обратилась к врачу с жалобами на боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку, ключицу, плечевой сустав, плечо, имеющую ноющий характер, продолжающуюся в течение нескольких дней. Возникновение болей связывает с приемом жирной, жареной пищи. Отмечает повышение температуры тела до 37,7°С, тошноту, рвоту жел­чью, отрыжку горечью.

При осмотре: легкие - перкуторно легочной звук, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин. Сердце: перкуторно - границы в пределах нормы, аускультативно - тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 90 ударов в мин., пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств.

При поверхностной пальпации живота больная отмечает болезненность в правом подреберье, а также положительный симптом Кера.

Больной себя считает в течение 2-х лет, когда впервые появились выше­указанные жалобы, обследовалась амбулаторно. При дуоде­нальном зондировании в порции «В» 110 мл желчи (норма 30 - 50 мл). Желчь мутная с хлопьями, значительная примесьслизи,цилиндрического эпителия, пигментных клеток, лейкоциты до 25 в поле зрения.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №4.**

Больная В., 70 лет, поступила в клинику с жалобами на сильные, схваткообразные боли в правом подреберье, много­кратную рвоту желчью, повышение температуры до 37,80С. Начало настоящего заболевания больная связывает с употреб­лением жирной пищи.

Из анамнеза болезни установлено нали­чие подобных приступов болей в прошлом. При осмотре состо­яние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и ви­димые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Губы су­хие, язык влажный, покрыт грязно желтым налетом. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 12 в мин., перкуторно левая граница сердца расширена: кнаружи на 1 см от среднеключичной линии. Аускультативно - тоны сердца при­глушены, ритм правильный, ЧСС 90 уд/мин, акцент II тона над аортой. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, тонус мышц передней брюшной стенки нормальный. Опреде­ляется болезненность в области желчного пузыря, особенно на вдохе.

Анализ крови: Нв - 130 г/л, Л - 10,1х1012/л, Э - 0%, П - 13%, С - 76%, Л - 7%, М - 4%, РОЭ - 23 мм/ч, сахар крови - 5,7 ммоль/л.

Анализ мочи без особенностей. Диастаза мочи 32 ед.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №5.**

Больной К., 65 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые ноющие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, 3-х кратную рвоту, которая приносит облегчение, изжогу, срыгивание пищей, неприятные ощущения за грудиной. В анамнезе хронический холецистит, гипертоническая болезнь II стадия. При осмотре живот мягкий, болезненность в правом подреберье. Общий анализ крови: Нв-120 г/л, Эр-4,5х1012/л, Л-6,3х109 /л, СОЭ - 4 мм/ч. УЗИ: отмечается деформация желчного пузыря, утолщение стенок.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №6.**

Больной С., 35 лет, страдает хроническим бескаменным холециститом с преобладанием дискинетических расстройств, благоприятного течения, в фазе ремиссии. Обратился к участковому врачу за справкой на санаторно-курортное лечение.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №7.**

Больная П., 40 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в правом подреберье, которые возникли внезапно, отмечается тошнота, рвота, озноб, повышение температуры тела. Боли исчезли постепенно через 30 минут. Объективно: живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Ортнера положительный. Общий анализ крови: Нв-142 г/л, Эр-4,3х1012/л, Л-9,3х109 /л, СОЭ - 18 мм/ч.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №8.**

Больная В., 45 лет, страдает хроническим холециститом в течение 12 лет. Обратился к участковому врачу с жалобами на боль в правом подреберье, колющую боль за грудиной, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, боли продолжительные до 12 часов. АД 150/90 мм.рт.ст., ЧСС 90 в минуту, ЭКГ - синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, нарушение процессов реполяризации.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №9.**

В поликлинику обратилась молодая женщина 24 лет, астенической конституции, пониженного питания с жалобами на возникающие периодически приступообразные боли в правом подреберье, возникающие через один час после еды. Боли не продолжительные. При осмотре живот мягкий, безболезненный. УЗИ: желчный пузырь уменьшен в объеме, стенки не изменены.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача №10.**

В поликлинику обратилась больная В., 31 год. Жалобы на периодические боли в области правого подреберья, слабость, головную боль, повышенную утомляемость, в анамнезе хронический холецистит. Отмечается лабильность пульса и АД. ЭКГ синусовая аритмия, ЭОС не отклонена, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

1. Поставьте клинико-функциональный диагноз.

2. Назначьте план обследования.

3. Назначьте лечение.

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРО, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа обучающихся:***

1. Заполнение амбулаторной карты.
2. Ведение паспорта участка.
3. Организация профилактической работы на участке.
4. Оценка ведения карты амбулаторного больного по уровню качества лечения (УКЛ).

***Ответы к вариантам тестов***

***по контролю исходного уровня знаний***

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

***Ответы к вариантам тестов***

***по контролю конечного уровня знаний:***

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

**Ответы к ситуационным задачам исходного уровня знаний**

**Задача№ 3**

1. Хронический некалькулезный холецистит.
2. Эмпиема, перфорация, перихолецистит, спайки, деформация желчного пузыря, холангит, гепатит, панкреатит, механические желтухи.

**Задача №4**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура. Своевременное и рациональное лечение. Санаторно-курортное лечение.

**Задача №5**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача №6**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Дуоденальное зондирование, биохимический анализ крови, холецистографию. Рациональное питание, активный образ жизни, физкультура. Своевременное и рациональное лечение. Санаторно-курортное лечение.

**Задача №7**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Язвенная болезнь желудка, хронический дуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический гепатит, панкреатит.

**Задача№ 8**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача№ 9**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача№ 10**

1. Хронический некалькулезный холецистит
2. ациональное питание, активный образ жизни, физкультура. Своевременное и рациональное лечение. Санаторно-курортное лечение.

**Ответы к ситуационным задачам конечного уровня знаний**

**Задача№ 1.**

1. Хронический некалькулезный холецистит.
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача №2**

1. Хронический некалькулезный холецистит. Осл: перихолецистит.
2. Антибактериальное, спазмолитическое, желчегонное, физиотерапевтическое, торможение камнеобразования.

**Задача №3.**

* 1. Хронический бескаменный холецистит в фазе обострения. Хронический гастрит?

1. План обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, холестерин крови, амилаза крови, сахар крови, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок и белковые фракции, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, дуоденальное зондирование, ФГДС, копрограмма, кал на дисбактериоз.
2. Лечение: септим по 480 мг 2 раза/сут., 10 дней, цизаприд 10 мг 3 раза/д ,ходистол 2 таб. 3 раза/д, фестал 2 др. 3 раза/д, маалокс 1 таб. 4 раза/д.
3. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 14-20 дней.
4. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача №4.**

1. Хронический некалькулезный холецистит. Исключить ЖКБ в фазе обострения.
2. План обследования: билирубин крови и его фракции, АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП, холестерин крови, амилаза крови, общий белок и белковые фракции, С-реактивный белок, ФГДС, УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. После исключения ЖКБ — дуоденальное зондирование.
3. Лечение: диета стол № 5, эритромицин 400—600 мг — первая доза, затем 200—400 мг каждые 6 часов, метеоспазмил по 1 капсуле 3 раза в день, маалокс 1 таблетка 4 раза в день, спустя 1,5—2 часа после еды.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 14-20 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача №5.**

1. Хронический некалькулезный холецистит с преобладанием дискинетических расстройств по гипотонико-гипокинетическому типу. Монотонное течение в фазе обострения.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Ферменты. Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 20 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача №6.**

1. Хронический некалькулезный холецистит. Дисфункция желчевыводящих путей, благоприятное течение. Фаза ремиссии.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Лечение в условиях санатория.
4. Больной трудоспособен.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача №7.**

1. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертонико-гиперкинетическому типу. Обострение.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Холеретики (холлосас, отвары желчевыводящих трав). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 5-7 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача№ 8.**

1. Хронический бескаменный холецистит. Обострение. Сопут.: Гипертоническая болезнь II стадия, II степень, средний риск.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Холеретики (холлосас, отвары желчевыводящих трав). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 20-25 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа Б.

**Задача №9.**

1. Дисфункция желчевыводящих путей по гипертонико-гиперкинетическому типу. Обострение.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП.
3. Спазмалитики (но-шпа, папаверин). Холеретики (холлосас, отвары желчевыводящих трав). Желчегонные препараты, обладающие противомикробным действием (никодин, циквалон). Бальнеотерапия.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 7-14 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Задача№ 10.**

1. Хронический бескаменный холецистит. Сопут.: НЦД по гипертоническому типу с кардиальным и астеновегетативным синдромом.
2. ОАК (лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ). ОАМ (билирубин, уробилиноген). Дуоденальное зондирование (микробиологическое исследование, цитологическое исследование, биохимическое исследование). Биохимическое исследование крови (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, билирубин и его фракции, глюкоза). УЗИ ОБП. ЭКГ с гипервентиляционной и ортостатической пробами.
3. Антибактериальная, желчегонные, бальнеотерапия, седативные, адаптогены.
4. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности 18-20 дней.
5. Больная берется на учет по III диспансерной группе, подгруппа А.

**Литература:**

**Основная:**

1. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.
2. Гастроэнтерология в поликлинической практике: уч. пособие для студентов/ Сост. А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова и др. ; под ред.проф. А.Я. Крюковой. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПР БГМУ Минздрава России, 2012. – 148 с.
3. Гастроэнтерология в поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов/Сост. А.Я. Крюкова, О.А. Курамшина, Л.С. Тувалева, Л.В. Габбасова, Р.С. Низамутдинова, Г.М. Сахаутдинова и др.; под ред.проф. А.Я. Крюковой / ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.%20) - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 148 с.
4. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: уч. пособие для студентов/А. Я. Крюкова [и др.].- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – Ч.2. - 78 с.
5. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib454.pdf.%20) - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015. – Ч.2. - 78 с.
6. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012.–202 с.
7. Роль образовательных программ для пациентов в условиях модернизации профилактического направления здравоохранения: уч. пособие для студентов[Электронный ресурс]/ А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru//elibdoc/elib449.pdf](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib449.pdf). - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 202 с.
8. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114с.
9. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике[Электронный ресурс]: уч. пособие для студентов / А. Я. Крюкова [и др.]/ ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:[http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.%20)- Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2012. – 114 с.

**Дополнительная:**

1. Поликлиническая терапия: уч. пособие для студентов/А.Я.Крюкова [и др.]. – Уфа: Изд-воГилем. - 446 с.
2. Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед.ифармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Гилем, 2009. - 325 с.
3. Основы внутренней медицины: уч. пособие для студентов [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев / Электрон.текстовые дан. - on-line. - Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427729.html>. – Москва:Изд-воГЭОТАР-Медиа. - 2014.
4. Гастроэнтерология: [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. -on-line. Режим доступа:<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432730.html>. – Москва:ГЭОТАР-Медиа. – 2015.

**СТРУКТУРА ЗАНЯТИЯ (ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №№ | Этапы занятия и их содержание | Время  (мин) | Используемые пособия | Место проведения | Цель и характер деятельности | |
| Студент | преподаватель |
| 1. | Организационный этап | 5 |  | Учебная комната | Проверка готовности к занятию (внешний вид, отметка присутствующих) | |
| 2. | Контроль исходного уровня знаний с применением тестового контроля | 20 | тестовый контроль исходного уровня знаний | Учебная комната | Показать уровень освоение теоретического материала | Контроль исходного уровня знаний, объяснение современных концепций этиопатогенеза, клиники заболевания |
| 3. | Ознакомление с содержанием занятия, клинический разбор больного решение ситуационных задач с аналитическим разбором хода и результатов их решения.  Разбор с преподавателем основных вопросов темы занятия:  -основные механизмы этиопатогенеза;  -классификация;  -клинические проявления с;  -лабораторно-инструментальные методы исследования;  - фармакотерапия;  -врачебно-трудовая экспертиза;  неотложная терапия | 45 | Учебные таблицы, слайды, алгоритмыиндивидуальные карты амбулаторного больного, ситуационные задачи, данные обследований | Учебная комната | Отрабатывает навыки по клини-ческому обследо-ванию больного, интерпретации данных лаборатор-но-функци-ональных методов исследо-вания, формиро-ванию клинико-функцио-нального диагноза по классификации ВОЗ. | Осуществляет контроль и реализует целевую деятельность по формированию клинического мышления на основе освоения и приобретения практических навыков и умений по амбулаторному ведению больных с заболеванием  Демонстрация преподавателем методики практических приемов по данной теме: оформление медицинской карты амбулаторного больного при обследовании пациента на приеме, направление на лечение в дневной стационар, оформление листка временной нетрудо-способности, необходимой учетно-отчетной документации. |
| 4. | Самостоятельная работа под контролем преподавателя  а) работа в кабинетах участковых врачей;  б) функциональ-ной диагностики;  в) лабораториях;  г) самостоятель-ный прием больных;  д)оформление медицинской документации;  е)экспертная оценка амбула-торных карт с определением уровня качества лечения (УКЛ). | 75 | Больные, фонендо-скоп, методические пособия,медицин-ские карты больных, наборы обследований | Кабинет врача, палаты боль-ных в днев-ном стации-онаре, отделе-ние функ-циональной диагностики, лабо-ратории | Уметь выяснить жалобы, собрать анамнез, провести объективное обследование, оценить данные лабораторно-инструментальных методов обследо-вания, сформулировать диагноз, назначить адекватное лечение, оформить первичную документацию, решить экспертный вопрос. | Контроль за проводимыми исследованиями, анализ качества работы, коррекция результатов обследования, диагноза, лечения.  Принимает и оценивает результаты самостоятельной работы с разбором выявленных ошибок в тактике ведения больных в амбулаторных условиях. |
| 5. | Обобщающий разбор проведенной работы, повторение ключевых моментов в тактике ведения больных с БА. Экспертная оценка амбулаторных карт с определением уровня качества лечения (УКЛ). | 60 | Больные, фонендо-скоп, методические пособия,медицинские карты больных, наборы обследований | Учебная комната | Анализ клинического случая, формирование клинического мышления. Критически осмысливает результаты своей деятель-ности. | Выявляет наиболее типичные общие ошибки в тактике ведения больных с нозологией, закрепляет усвоенные теоретические знания и практические навыки. Обращает внимание на особенности работы с каждым больным с целью назначения индивидуальной терапии. |
| 6. | Контроль конечного уровня знаний и умений по теме | 20 | Тесты, ситуационные задачи, амбулаторные карты | Учебная комната | Показывает уровень усвоения теоретических материала и практических навыков по теме занятия. | Оценивает уровень усвоения практических навыков и умений амбулаторного ведения больных с нозологией |
| **7.** | Задание на дом |  | Учебник, дополнительная литература Схемы, таблицы  Сборник ситуационных задач  Список рецептов | Библиотека  Читальный зал  Учебная комната | Навыки самостоя-тельного изучения темы домашнего задания | Мотивация к самостоятельному освоению заданной темы |