**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 2018 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной контактной работе

по дисциплине «Профилактическая медицина для лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Тема: **«Амбулаторно-поликлиническая помощь населению**

**на современном этапе»**

**Лечебный факультет**

Дисциплина: Профилактическая медицина для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Специальность 31.05.01. –Лечебное дело

Курс 5 Семестр X

УФА 2018

Тема: «Амбулаторно-поликлиническая помощь населению на современном этапе» на основании рабочей программы дисциплины Профилактическая медицина для лиц с ограниченными возможностями здоровья, утвержденной в 2018 году.

Рецензент: Г.Х. Мирсаева – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии БГМУ

Авторы: Волевач Л.В., Крюкова А.Я., Низамутдинова Р.С., Сахаутдинова Г.М., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании № 1 кафедры от 31.08.2018г.

**Тема. Амбулаторно-поликлиническая помощь населению на современном этапе.**

Амбулаторно-поликлиническая служба является главным звеном в оказании первичной медико-санитарной помощи населению. Совершенно очевидно, что своевременное осуществление первичной, вторичной и третичной профилактики, лечения, реабилитации основной массы здоровых и больных терапевтического профиля осуществляют амбулаторно-поликлинические учреждения. Свыше 90 % больных терапевтического профиля начинают и заканчивают лечение в условиях поликлиники. К тому же все больные с заболеваниями внутренних органов после стационарного этапа реабилитации продолжают динамическое наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений, а также проводят восстановительную терапию в течение всей жизни.

Поликлиника выполняет основную роль в экспертизе временной и длительной нетрудоспособности, в организации диспансерного наблюдения здоровых и больных, проведении поликлинической реабилитации, в оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе, в организации и проведении противоэпидемических санитарно-гигиенических мероприятий. Исключительно важную функцию выполняют поликлинические учреждения в ранней диагностике инфекционных и профессиональных заболеваний, а также больных с туберкулезом и опухолевыми процессами. Ведь только амбулаторно-поликлинические учреждения занимаются социально-неустроенными, а также тяжелобольными на территориальных участках обслуживаемого населения.

**Цель:** ознакомление с организацией амбулаторно-поликлинической службы в условиях страховой медицины, основными приказами и учетно-отчетной документацией, применяемой в поликлинике.

**Задачи:** изучить принципы работы поликлиник, оказания первичной медико-санитарной помощи населению, основы документации.

Для формирования профессиональных компетенций обучающийся ***должен знать*** (исходные базисные знания и умения):

-принципы организации амбулаторно-поликлинической службы на современном этапе

-отчетнo -учетную документацию на участке и правила ее ведения;

-критерии оценки работы участкового врача

-принципы определения уровня качества лечения

-правила пользования медико-экономическими стандартами.

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

-заполнить документацию участка (паспорт, журнал переписи населения, журнал профилактической работы)

-организовать санитарнo-просветительскую работу на участке (лекции, беседы) оценить работу врача поликлиники

-уметь пользоваться мeдикo-coциальными стандартами.

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.

**Должен сформировать компетенции:** ПК-1,-2,-6,-7,-8,-9,-10,-15,-16.

**Задания для самостоятельной контактной работы обучающихся по указанной теме:**

1. Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций, рекомендуемой учебной литературы.
2. Ответить на вопросы для самоконтроля
3. Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выполнить реферат

**Формы контроля освоения заданий по самостоятельной контактной работе по данной теме** (тестовые задания, контрольные вопросы, ситуационные задачи, протоколы, заключения, графологические структуры, реферативные сообщения.

А) Субъективные и объективные методы обследования больных с оформлением предварительного диагноза.

Б) Работа с пациентами во вспомогательно – диагностическом подразделении

В) Интерпретация результатов полученных дополнительных исследований больного

Г) Работа по оформлению медицинской документации: оформление амбулаторной карты (сбор анамнеза, осмотр больного в дневном стационаре, обоснование диагноза, план обследования и лечения, этапный эпикриз, дневники курации, выписной эпикриз с рекомендациями).

Д) Самостоятельная работа обучающихся в учебных аудиториях (решение мультимедийных ситуационных задач, деловые игры, просмотр видеофильмов по теме, атласов и др.).

Вопросы для самоподготовки:

1. Организация первичной медико-санитарной помощи в стране
2. Документация врача поликлиники
3. Профилактические мероприятия в поликлинике

**Особенности диагностического поиска терапевта в поликлинике.**

В оказании квалифицированной терапевтической помощи большое место занимает диагностика состояния, с которым обратился к участковому врачу-терапевту пациент.

Как врач первого контакта, участковый врач-терапевт видит больного или в дебюте острой болезни, когда заболевание представлено моносимптомно: повышение температуры тела с однократным ознобом, диарея, боль и т.д. Другая ситуация касается диагностики полиморбидного страдания с массой разнородных симптомов, когда приходится решать: одна ли это болезнь со многими симптомами, или несколько болезней, каждая из которых имеет свою симптоматику.

В отличие от врача стационара, участковый терапевт бывает, как правило, в трех ситуациях: или он впервые видит обратившегося к нему за помощью больного, или к нему обратился за помощью пациент, которого он давно и хорошо знает. В последнем случае участковому врачу легче решать диагностическую задачу. Но есть и третья ситуация – когда приходит «знакомый» больной, со «старыми» болезнями, и малозаметные начальные симптомы нового заболевания могут оказаться незамеченными или подогнанными под имевшее место ранее заболевание.

В любом случае диагноз «идет» от симптома к синдрому. Синдром – группа клинических, инструментальных, лабораторных симптомов, патогенетически связанных между собой. В типичных случаях острых болезней (ангина, грипп и острые респираторные вирусные инфекции, острые пневмонии, инфаркт миокарда и др.) диагноз ставится методом прямого обоснования, когда симптомы болезни составляют простой синдром, выходящий на нозологичесую форму. При постановке диагноза путем прямого обоснования идентификация болезни проводится методом сличения симптомов заболевания у пациента с классическим описанием клиники болезни в медицинской литературе. Дифференциальная диагностика необходима, когда у пациента отсутствует полный набор типичных для заболевания симптомов. «Золотой стандарт», схемы дифференциальной диагностики – от симптомов к ведущему клиническому синдрому, от него через диагностический алгоритм к нозологическому диагнозу. Ведущий синдром выбирается с тем расчетом, чтобы он встречался при ограниченном круге болезней.

Построение диагностического алгоритма исходит из принципа оптимальной диагностической целесообразности, когда достоверная диагностика проводится на основе минимума признаков, выявленных при минимуме врачебных исследований. При создании диагностического алгоритма учитывается минимум решающих симптомов (критериев диагноза), которые используются для последующей внутрисиндромной дифференциации. Важна оптимальная последовательность учета и толкования решающих симптомов с последующей дифференциальной диагностикой всех болезней, проявляющихся данным ведущим синдромом. Кроме того, следует специально отметить, что именно для участкового врача-терапевта крайне важно с помощью анамнеза и физического обследования выяснить, где нужна углубленная лабораторная и инструментальная диагностика, а где можно обойтись без нее.

Вместе с тем нередко врачу-терапевту приходится для решения только одной «зафиксированной» проблемы отказываться от «всеобъемлющего анамнеза» и обследования (например, при ОРЗ или гриппе).

Установив нозологический диагноз на основании диагностических критериев, дается характеристика особенностей течения заболевания у данного пациента. Это – стадия, фаза болезни, активность процесса, течение, функция органов и (или) систем.

Если пациент страдает несколькими болезнями, одна из них является основной. Это та нозологическая форма, которая сама, или вследствие осложнений, вызывает в данное время первоочередную необходимость лечения в связи с наибольшей угрозой жизни и трудоспособности, в случаях смерти пациента основное заболевание в периоде исхода или через осложнения является ее непосредственной причиной. Осложнения патогенетически связаны с основным заболеванием, они способствуют неблагоприятному исходу болезни, вызывая резкое ухудшение в состоянии больного. В диагностической формуле рубрика «осложнения» выносится в отдельную строку, обязательно указываются дата и час возникновения каждого из осложнений.

Фоновое заболевание — это нозологическая форма, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для трудоспособности и жизни, способствует развитию осложнений и поэтому требует вместе с основным заболеванием лечения в данное время. Сопутствующее заболевание — нозологическая форма, которая не связана этиологически и патогенетически с основным заболеванием, не оказывает существенного влияния на его течение, значительно уступает ему по степени влияния на его течение, по степени необходимости лечения. Конкурирующие заболевания – имеющиеся одновременно у больного нозологические единицы, независимые друг от друга по этиологии и патогенезу, но в равной мере отвечающие критериям основного заболевания.

Закономерные сочетания болезней называются синтропиями. Самая частая из них – наличие у пациента ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета, желчнокаменной болезни, деформирующего остеоартроза. Знание синтропий облегчает диагностический поиск, ограничивает круг дорогостоящих обследований.

Диагностические формулировки различны при остром заболевании, на пике обострения, при затухающем обострении, в стадии ремиссии хронической болезни. Правильная формулировка диагноза острой болезни и обострения хронического заболевания с учетом стадии, фазы, тяжести, ведущих клинических синдромов, функциональной характеристики пораженных органа – основа адекватных лечебных мероприятий. При нескольких болезнях у одного пациента выбор способа лечения определяется характером основного заболевания и его осложнений с учетом фоновых и сопутствующих болезней, личностных характеристик пациента, его отношения к болезни. Грамотная формулировка клинического диагноза – важнейший инструмент лечения пациента.

**Лечение.** Хорошо известно, что лечение должно быть этиотропным, патогенетическим, при показаниях – симптоматическим. В условиях поликлиники назначаемый комплекс лечебно-оздоровительных процедур должен быть минимальным, необременительным для пациента, в том числе с экономической точки зрения. Первая запись – это запись о режиме, который для амбулаторного больного может быть: амбулаторным, домашним, постельным, санаторным и режимом дневного стационара.

Следующая запись – советы по диете. Затем указываются необходимые медикаменты обязательно с дозами и кратностью приёма. Больной должен быть "союзником" врача в осуществлении лечения и ему следует кратко и доступно рассказать об эффекте каждого из назначенных препаратов. Крайне важно перед началом лечения понять личностные характеристики пациента, тогда беседа по лечению будет носить более эффективный характер. Любой опытный врач знает: рассуждать о лечении болезней легко, лечить больного трудно. Известно выражение С.П.Боткина: лечить не болезнь, а больного. Индивидуализация лечения, безусловно, нужна.

Лечебная программа строится обычно в соответствии с типологией болезни, определяющейся сочетанием ряда факторов: нозологии, тяжести, темпами прогрессирования органной патологии (органы-мишени), фоновых болезней, возраста и пола пациента, личностной реакции на болезнь.

Диагностические и лечебно-оздоровительные процедуры назначаются в соответствии с имеющимся Федеральным руководством по использованию лекарственных средств (формулярная система), а также протоколами, медико-экономическими стандартами.

Медико-экономические стандарты составляются в виде унифицированных таблиц, куда входят рубрики: профиль (большая нозологическая группа), наименование болезни и её дополнительные характеристики, код по МКБ-10, обязательный объём диагностических исследований, критерии качества лечения в стационаре и в поликлинике, категория сложности курации больного. Территориальные медицинские и медико-экономические стандарты используются для установления объёма медицинских услуг каждому застрахованному в соответствии с его болезнью, оценки качества медицинской услуги.

Участковый врач-терапевт, знакомый с медицинскими и медико-экономическими стандартами, осуществляет в соответствии с ними самоконтроль, адекватно оценивает консультативную помощь специалиста. В России ежегодно выпускается т.н. Формулярная система – настольная книга любого врача по лечению.

Таким образом, оказание квалифицированной терапевтической помощи участковым врачом-терапевтом включает в себя следующие особенности:

– он принимает пациентов в поликлинике и обеспечивает вызов на дому (по встрече с ним пациенты судят о всей системе здравоохранения);

– участковый врач имеет дело зачастую с недифференцированной патологией и с заболеваниями на ранней стадии;

– при постановке диагноза, в условиях ограниченного временного интервала, врач проводит обобщение из субъективных, физических, психологических, социальных факторов;

– при каждом общении с больным проявляет настороженность в плане онкопатологии, туберкулёза, ВИЧ-инфекции (других инфекционных заболеваний);

– должен знать медико-экономические стандарты по оказанию лечебно-диагностической помощи, формуляры (протоколы) по лечению;

– должен знать и владеть технологией оказания неотложной (догоспитальной) помощи;

– во всех действиях и решениях участкового врача должна быть профилактическая направленность;

– ежедневная работа требует высокого искусства в общении с людьми (больным, его родственниками, со смежными специалистами-консультантами);

– участковый врач-терапевт осуществляет постоянное наблюдение за больными с хроническими, обостряющимися или терминальными заболеваниями;

– участковый врач-терапевт должен знать состояние лекарственного обеспечения в своем регионе;

– обеспечивать преемственность в осуществлении лечебно-диагностической помощи;

– владеть санитарно-эпидемиологической ситуацией на своём участке;

– принимать решение по всем проблемам обратившегося к нему больного.

Таким образом, в содержании работы участкового врача-терапевта можно выделить следующие разделы: лечебно-диагностический, реабилитационный, профилактический, противоэпидемический, санитарно-гигиенический.

**ТЕСТЫ** для контроля усвоения темы:

**Выберите один правильный ответ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Код компетенций | Тестовые вопросы |
| ПК-1  ПК-2 | 1. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ НЕ ОТНОСИТСЯ К КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  1) отсутствие признаков обострения  2) снижение сроков временной нетрудоспособности  3) присоединение других хронических заболеваний  4) изменение группы инвалидности  5) первичный выход на инвалидность |
| ПК-1  ПК-2 | 2. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ (Д-3) ОТНОСЯТСЯ  1) здоровые, не предъявляющие жалоб, в анамнезе и при осмотре которых не выявлены хронические заболевания и физикальные нарушения  2) лица, с пограничными состояниями  3) практически здоровые лица, у которых в анамнезе острые и хронические заболевания, но не имеющие несколько лет обострений  4) лица с факторами риска  5) больные с хроническими заболеваниями, нуждающиеся в лечении |
| ПК-1  ПК-2 | 3. РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИМ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ  1) только при неосложненном течении  2) больным до 50-летнего возраста  3) при отсутствии сопутствующих заболеваний  4) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда |
| ПК-1 | 4. Какие лабораторные исследования необходимо назначить больному хроническим гепатитом  1) анализ желудочного сока  2)кровь на «С» реактивный белок  3) белок общий и белковые фракции  4) антиген  5) билирубин |
| ПК-1  ПК-2 | 5. КАК ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТСЯ К ТЕРАПЕВТУ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫЕ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ, ЛЕГОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (Д-3)  1) 2 раза в год  2) 1 раз в год  3) 3-6 раз в год  4) до 8 раз в год  5) 1-2 раза в год |
| ПК-1  ПК-2 | 6. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ  1) приказ № 770  2) приказ № 90  3) приказ № 411  4) приказ № 869н  5) приказ № 55н |
| ПК-1  ПК-2 | 7. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 1 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  1) практически здоровые люди  2) здоровые люди, имеющие факторы риска  3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях  4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях  5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методов обследования |
| ПК-1  ПК-2 | 8. Кратность наблюдения за больными с хроническим необструктивным бронхитом  1) 1 раз в год  2) 2  3) 3  4) 4 |
| ПК-1  ПК-15 | 9. У БОЛЬНОГО БА В СОЧЕТАНИИ С ГБ КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:  1) тразикор  2) коринфар  3) раунатин  4) каптоприл  5) андипал |
| ПК-1  ПК-2 | 10. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫ ЗНАЕТЕ  1) две  2) три  3) четыре  4) пять  5) шесть |
| ПК-1  ПК-2 | 11. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 2 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НА УЧАСТКЕ  1) практически здоровые люди  2) здоровые люди, имеющие факторы риска  3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях  4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях  5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования |
| ПК-1  ПК-2 | 12. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 1 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  1) практически здоровые люди  2) здоровые люди, имеющие факторы риска  3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях  4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях  5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования |
| ПК-1  ПК-2 | 13. ЧТО ТАКОЕ ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА 2 В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ  1) практически здоровые люди  2) здоровые люди, имеющие факторы риска  3) пациенты, нуждающиеся в лечении в амбулаторно-поликлинических условиях  4) пациенты, нуждающиеся в лечении в стационарных условиях  5) пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичных методах обследования |
| ПК-1  ПК-2 | 14. Кратность наблюдения за больным с пограничным уровнем АД (140/90-159/94ммрт.ст.)  1) 1 раз в год  2) 2  3) 3  4) 4 |
| ПК-1 | 15. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА У ТЕРАПЕВТА В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ?  1) 29 мин  2) 17,7 мин  3) 18 мин  4) 20 мин  5) 5 мин |
| ПК-1 | 16. КАКОВЫ НОРМЫ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТА НА ДОМУ?  1) 2 мин  2) 20 мин  3) 30 мин  4) 1,5 часа  5) 60 мин. |
| ПК-1  ПК-2 | 17. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ?    1) предварительный  2) предварительные, периодические, целевые  3) предварительные, периодические  4) периодические, целевые  5) периодические, целевые |
| ПК-1  ПК-2 | 18. ЧЕРЕЗ КАКИЕ ИНТЕРВАЛЫ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРНЫЙ ОСМОТР ЛИЦ, ПЕРЕНЁСШИХ ПНЕВМОНИЮ, ОКОНЧИВШУЮСЯ ПОЛНЫМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ?    1) через 2, 4, 8 месяцев  2) через 6, 12 месяцев  3) через 1, 3 и 6 месяцев  4) через 1 месяц  5) через 1, 2 месяца |
| ПК-1  ПК-2 | 19. КАКИЕ УЗКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИВЛЕКАЮТСЯ К ОСМОТРУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОБСТРУКТИВНЫМ БРОНИХИТОМ?    1) Отоларинголог  2) Отоларинголог, стоматолог  3) стоматолог  4) терапевт  5) стоматолог, терапевт |
| ПК-1  ПК-2 | 20. КАКОВА КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЁСШИХ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ?  1) 4 раза в год  2) 3 раза в год  3) 1 раз в год  4) 5 раз в год  5) 6 раз в год |

**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. 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.
3. 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.
4. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике. 114 с. А. Я. Крюкова [и др.]. 2012, Уфа, Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.
5. Фитотерапия в амбулаторно-поликлинической практике [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.](http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib457.pdf.%20) А. Я. Крюкова [и др.]. 2012, Уфа, Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.
6. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов. Ч. 1.- 82 с. Ч. 2.-78 с. А. Я. Крюкова [и др.]. 2015, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.
7. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов [Электронный ресурс]. Электрон.текстовые дан. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib618.pdf>. - Загл. с титул.экрана. - Электрон. версия печ. Публикации. Ч. 1. - 2015. - on-line. - Б. ц. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов [Электронный ресурс]. Электрон. текстовые дан. - Режим доступа: <http://library.bashgmu.ru/elibdoc/elib619.pdf>. - Загл. с титул. экрана. - Электрон. версия печ. публикации . Ч. 2. - 2015. - on-line. - Б. ц. А. Я. Крюкова [и др.]. 2015, ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России.

**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-во ГЭОТАР-Медиа. – 2014.