**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: **«Диспансеризация. Профилактические медицинские осмотры»**

**Лечебный факультет**

Дисциплина: Профилактическая медицина для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Специальность 31.05.01. –Лечебное дело

Курс 5 Семестр X

УФА 2018

Тема: «Диспансеризация. Профилактические медицинские осмотры» 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. Диспансеризация. Профилактические медицинские осмотры.**

Актуальность. Диспансеризация здорового населения имеет своей целью сохранить здоровье и обеспечить надлежащее физическое и умственное развитие, огра­дить его от болезней и инвалидности. Диспансеризация больных обеспечивает выявле­ние заболеваний, систематическое и ранее выявление заболеваний, систематическое и активное наблюдение за больными, оказание им всесторонней лечебной помощи, пла­номерное оздоровление их и окружающей среды, преследуя цель - снижение заболе­ваемости, инвалидности и сохранения трудоспособности.

**Цель:** овладение врачебными навыками проведения диспансерного наблюдения здоровых и больных на терапевтическом участке, профилактических медицинских осмотров.

**Задачи:** изучить принципы диспансеризации, основы документации.

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

- иметь представление об этапах развития в здравоохранении;

- знать сущность и основные задачи диспансеризации первичную, вторичную профилак­тику, скрининговые методы исследования, основные группы диспансерного наблюде­ния, объем обследования на этапах диспансеризации населения, функциональные обя­занности участкового врача, учетно-отчетную документацию.

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

- определить группу диспансерного наблюдения заполнить необходимую отчетно-учетную документацию (годовой эпикриз и план лечебно-профилактический мероприя­тий);

- обследовать диспансерного больного на приеме и на дому.

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,-8,-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. Приказ 869н.
2. Принципы диспансеризации на участке, всеобщей диспансеризации населения.
3. Профилактические мероприятия в поликлинике.
4. Санитарно-просветительская работа.

*Диспансеризация –* метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения, как здоровых, так и больных.

*Задачи диспансеризации:* изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний, активное выявление и лечение заболеваний в начальных стадиях, предупреждение рецидивов заболевания и развития осложнений, сохранение трудоспособности и предупреждение выхода на инвалидность.

В проведении диспансеризации принимают участие все лечебно-профилактические и санитарно-эпидемиологические учреждения, врачи всех специальностей. При этом ведущая роль принадлежит территориальным поликлиникам и МСЧ обслуживающих промышленные предприятия. Центральной фигурой в организации диспансерного обслуживания является участковый врач-терапевт. Организационное обеспечение и учет диспансеризации населения возлагается на отделение профилактики, а при его отсутствии – на кабинет диспансеризации поликлиники.

Функциональные обязанности участкового врача-терапевта в проведении диспансеризации:

• учет обслуживаемого населения;

• планирование и участие в проведении профилактических осмотров;

• разделение населения на группы диспансерного наблюдения;

• отбор лиц, подлежащих диспансерному наблюдению;

• осуществление динамического наблюдения за больными, состоящими на диспансерном учете;

• проведение необходимых диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий населению участка по индивидуальному плану;

• обеспечение взаимосвязи и преемственности в работе с отделением профилактики и врачами других специальностей;

• оформление медицинской документации.

Врачи-терапевты цеховых врачебных участков осуществляют работу по диспансеризации прикрепленных контингентов в том же объеме, что и участковые врачи-терапевты. Кроме того, с учетом технологических особенностей производства и характера профессиональных вредностей, цеховые терапевты составляют годовые и месячные планы диспансеризации, объединяя их с проведением периодических профилактических осмотров, уточняют обязательный объем обследования. Диспансерная работа проводится в специально отведенное время (обычно 1 день в неделю). Контроль за проведением диспансеризации осуществляется заведующим терапевтическим отделением, заведующим отделением профилактики и заместителем главного врача по лечебной работе.

Проведение персонального учета населения проживающего в районе обслуживания позволяет выделить *следующие контингенты, подлежащие диспансеризации:*

• дети первого и второго годов жизни;

• дети дошкольного возраста в организованных коллективах;

• дети дошкольного возраста, не посещающие дошкольные учреждения;

• школьники до 15 лет;

• подростки (школьники, учащиеся ПТУ и средних специальных заведений, работающие подростки в возрасте 15-17 лет);

• взрослые.

В диспансеризации населения выделяют 3 этапа:

1. Организация и проведение ежегодных медицинских осмотров населения.

2. Организация собственно диспансерного наблюдения,

3. Организация изучения эффективности проведения диспансеризации.

*Первый этап диспансеризации.*Особое внимание на данном этапе должно быть уделено раннему выявлению заболеваний и факторов риска для последующей организации лечебно-профилактических мероприятий. Отбор больных, подлежащих диспансеризации, проводится врачами-терапевтами (участковыми, цеховыми, семейными) при обращении населения в ЛПУ, при проведении профилактических медицинских осмотров в стационарах, санаториях. Важное значение в проведении первого этапа диспансеризации отводится отделению профилактики (см. раздел: «Структурные подразделения поликлиники»). По итогам проведения профилактического медосмотра заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. № 030/у). «*Контрольная карта диспансерного наблюдения»* является документом, с помощью которого контролируются посещения пациентом диспансерных осмотров в течение года. В контрольной карте также отмечаются основные лечебно-профилактические мероприятия проведенные пациенту.

Результаты обследования в отделении профилактики передаются участковым (цеховым) врачам-терапевтам, которые проводят осмотр пациентов, при необходимости назначают дообследование и консультации врачей-специалистов, определяют группу диспансерного учета. Ведущим критерием взятия на учет является состояние здоровья и трудоспособность каждого работающего.

При организации ежегодных диспансерных осмотров взрослого населения и подростков является обязательным проведение следующего комплекса исследований:

• сбор анамнестических данных по специально разработанной анкете;

• антропометрические измерения (рост, масса тела);

• измерение артериального давления;

• гинекологический осмотр женщин со взятием мазка для цитологического исследования (с 18 лет), у девушек с 15 лет – пальцевое исследование через прямую кишку (по показаниям);

• определение остроты зрения;

• определение остроты слуха;

• туберкулиновые пробы подросткам (15-17 лет);

• анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов; сахара – по показаниям);

• исследование мочи на белок;

• ЭКГ (с 15 лет – 1 раз в 3 года, с 40 лет – ежегодно);

• измерение внутриглазного давления (после 40 лет);

• флюрография (рентгенография) органов грудной клетки (1 раз в два года);

• женщинам – маммаграфия (с 35 лет – 1 раз в 2 года);

• пальцевое исследование прямой кишки – с 30 лет;

• пневмотахометрия;

• осмотр врачом-терапевтом;

• осмотр врачами-специалистами других специальностей – по показаниям.

Следует отметить, что ЛПУ, располагающие необходимыми материально-техническими и кадровыми ресурсами, могут проводить ежегодный диспансерный осмотр населения с привлечением более широкого круга специалистов и большим объемом лабораторно-инструментальных исследований.

**Выделяют 3 группы диспансерного наблюдения:**

*1. Здоровые (Д-1) –* лица, не предъявляющие жалоб, у которых в анамнезе и при осмотре не выявлено хронических заболеваний и нарушений функций отдельных органов и систем. Сюда же относятся и лица с так называемыми пограничными состояниями. Наблюдение в отделении профилактики (обследование 1 раз в год).

*2. Практически здоровые (Д-II) –* лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но без обострений в течение нескольких лет (в фазе стойкой ремиссии). Наблюдение в отделении профилактики (обследование 2 раза в год).

*3. Больные, нуждающиеся в лечении (Д-III) –* лица, с компенсированным течением заболевания; лица, с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности; лица, с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности. Наблюдение у участкового (цехового) врача-терапевта (обследование в соответствии с характером течения заболевания).

**Перед постановкой пациента на диспансерный учет участковый врач-терапевт должен оформить следующие документы:**

• талон амбулаторного пациента (ф. № 025-Ю/у-97);

• эпикриз взятия больного на диспансерный учет и лист записи заключительных (уточненных) диагнозов в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у);

• контрольную карту диспансерного наблюдения (ф. № 030/у);

• годовой план лечебно-оздоровительных, диагностических, профилактических и социальных мероприятий.

*Второй этап – организация собственно диспансерного наблюдения.* На данном этапе осуществляется проведение следующих мероприятий:

– вызовы лиц, подлежащих диспансеризации, на очередное обследование;

– активное посещение диспансерных больных на дому;

– проведение необходимых оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий.

Диспансерное наблюдение проводится согласно схемам, каждому больному должен быть разработан индивидуальный план диспансерного наблюдения на каждый год, который заносится в медицинскую карту амбулаторного больного.

Индивидуальный план диспансерного наблюдения должен включать следующие разделы:

– количество посещений (явок) к врачу;

– консультации специалистов;

– объем диагностических и лечебных мероприятий (в т.ч. противорецидивных);

– физиотерапевтическое лечение, лечебная физкультура;

– рекомендации по диетическому питанию;

– санаторно-курортное лечение;

– режим труда и отдыха;

– санация очагов инфекции;

– госпитализация, в т.ч. профилактическая;

– реабилитация в амбулаторных условиях;

– трудоустройство;

– дополнительный отпуск;

– освидетельствование в МСЭК;

– прочие мероприятия.

При составлении индивидуального плана лечебно-оздоровительных мероприятий следует учитывать возраст, профессию, условия труда и быта больного, течение заболевания. Основной целью диспансеризации здоровых и практически здоровых лиц (Д-1 и Д-II) является профилактика заболеваний или прогрессирования имеющихся болезней. Комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий должен включать в себя: отказ от вредных привычек, рациональное питание, закаливающие процедуры, физическую культуру, использование домов отдыха и профилакториев и т.д. Целью диспансеризации Д-III является проведение различных реабилитационных мероприятий (медицинских, психологических, социальных и др.). На больного, состоящего под диспансерным наблюдением, планируется в среднем 3-4 активных посещения в течение года, в том числе не менее 2 посещений участкового врача-терапевта.

Диспансерному наблюдению у участкового врача-терапевта подлежат следующие контингенты населения:

1. Лица, перенесшие острые заболевания (ангина, пневмония и др.).

2. Больные, страдающие хроническими рецидивирующими заболеваниями (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, ИБС, хронический бронхит и др.).

3. Лица, длительно и часто болеющие (имеющие в календарном году 3-4 случая и более и 30-40 дней и более временной нетрудоспособности по одному и тому же заболеванию или заболеваниям этиологически и патогенетически связанным. К этой же группе относятся больные, у которых в течение года отмечалось 5-6 и более случаев и 50-60 и более дней нетрудоспособности по заболеваниям этиологически и патогенетически не связанным).

4. Лица, с повышенным риском заболевания (повышенное АД, предопухолевая патология, нарушение толерантности к глюкозе и др.).

*Третий этап – организация изучения эффективности диспансеризации.*

Разработка и внедрение в практическое здравоохранение критериев эффективности диспансеризации способствует повышению ее качества за счет возможности влияния на планирование и проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий. Показатели эффективности диспансеризации могут рассчитываться для отдельных лиц, контингентов, по территориальным участкам и по поликлинике, в целом. Анализ качества и эффективности диспансеризации больных проводится участковым врачом-терапевтом совместно с заведующим терапевтическим отделением поликлиники на основании следующих показателей:

а) степень диспансеризации (полнота охвата диспансерным наблюдением выявленных больных, своевременность обследования диспансеризуемых, в %);

б) активность и полнота объема работы по диспансеризации (среднегодовое количество активных посещений врача, лабораторных и инструментальных исследований, консультаций «узких» специалистов и т.д. на одного диспансеризуемого, плановость диспансерных осмотров, полнота проведения оздоровительных мероприятий и др.).

Об эффективности диспансеризации позволяют судить следующие показатели:

• перевод пациентов из одной диспансерной группы в другую;

• процентное соотношение состоящих в группах диспансерного наблюдения (Д-1, Д-II и Д-III);

• заболеваемость с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях);

• частота выхода диспансеризуемых на первичную инвалидность;

• изменение группы инвалидности (с I на II или со II на III группу);

• летальность и смертность среди лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

Следует иметь в виду, что критерии, отражающие сдвиги в состоянии лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, нельзя унифицировать. Они различны для здоровых и больных, для страдающих острыми и хроническими заболеваниями. Поэтому оценку эффективности диспансеризации следует проводить дифференцированно, исходя из группы диспансерного наблюдения.

Здоровые люди – критерием эффективности диспансеризации является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности.

При острых заболеваниях критерием эффективности диспансеризации является полное выздоровление, отсутствие признаков хронизации заболеваний.

При хронических заболеваниях критериями эффективности проводимой диспансеризации являются: отсутствие признаков обострения заболевания по поводу которого больной состоит на диспансерном учете, снижение сроков временной нетрудоспособности, отсутствие признаков прогрессирования заболевания, первичный выход на инвалидность, изменение группы инвалидности, летальность и смертность.

Критерии перевода пациентов из одной группы диспансерного наблюдения в другую:

1) перевод из Д-II в Д-I (при излечении болезни и отсутствии рецидивов заболевания в течение 2 лет, при наличии нормальных лабораторно-инструментальных показателей);

2) перевод из Д-II в Д-III (при прогрессировании заболевания -учащение рецидивов, развитие осложнений, снижение трудоспособности);

3) перевод из Д-III в Д-II (стойкое улучшение здоровья, отсутствие обострений в течение 3-5 лет, трудоспособность) сохранена.

В настоящий момент отдельным приказом Минздравсоцразвития России (№ 188 от 22.03.2006г.) регламентирована «дополнительная диспансеризация граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях...» по 5 групповой системе.

**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-2 | 9. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫ ЗНАЕТЕ  1) две  2) три  3) четыре  4) пять  5) шесть |
| ПК-1  ПК-2 | 10. 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 | 11. 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 | 12. 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  ПК-2 | 13. 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 | 14. 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 | 15. 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 | 16. 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 |
| ПК-1  ПК-2 | 17. К КАКОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ  1) I  2) II  3) III  4) 0  5) IV |
| ПК-1  ПК-2 | 18. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА  1) 2-3 раза  2) 1-2 раза  3) 5-6 раз  4) по необходимости  5) более 10 раз |
| ПК-1  ПК-15 | 19. КАКИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПОКАЗАНЫ ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ  1) лечебная физкультура  2) дыхательная гимнастика  3) курс поливитаминов  4) прогулки на свежем воздухе  5) верно 1, 2, 3 |
| ПК-1  ПК-2 | 20. СКОЛЬКО РАЗ В ГОД БОЛЬНОЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, СТОЯЩИЙ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ ДОЛЖЕН ПОСЕЩАТЬ ТЕРАПЕВТА/ПУЛЬМОНОЛОГА  1) 2-3 раза  2) 1-2 раза  3) 5-6 раз  4) по необходимости  5) 3-4 раза |

**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.