**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: **«Профилактическая медицина. Основы ЗОЖ.»**

**Лечебный факультет**

Дисциплина: Профилактическая медицина для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Специальность 31.05.01. –Лечебное дело

Курс 5 Семестр X

УФА 2018

Тема: «Профилактическая медицина. Основы ЗОЖ.» 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. Профилактическая медицина. Основы ЗОЖ.**

По определению ВОЗ, здоровье - это состояние физического, пси­хического благополучия, а не только отсутствие болезней или физиче­ских дефектов. Здоровье - это не столько состояние без болезни, сколь­ко возможности организма обеспечить динамическое развитие жизне­деятельности, при котором происходит устойчивый процесс формиро­вания, сохранения и развития биологических, физиологических, психи­ческих, социальных функций человека, а также их оптимальное уравновешивание, как между собой, так и с окружающей средой, что обеспечи­вает максимальную активность и продолжительность жизни человека (Н.Овчаров, 1999, И.Ильинич, 2000).

Понятие «здоровье» можно определить как нормальное психосо­матическое состояние человека, отражающее его полное физическое, психическое и социальное благополучие и обеспечивающее полноцен­ное выполнение трудовых и биологических функций.

В аналитических документах ВОЗ подчеркивается, что каждые три из четырех смертей связаны с хроническими неинфекционными заболе­ваниями: сердечно-сосудистыми, онкологическими, респираторными, болезнями обмена веществ и другими. Для жителей Республики Баш­кортостан характерны те же демографические тенденции и уровень со­стояния, что и для всего населения России. За последние десятилетия наблюдаются неблагоприятные тенденции, отрицательная динамика здоровья молодежи, особенно выраженные в районах промышленного загрязнения. Опыт передовых стран показал, что приостановить данную ситуацию возможно за счет уровня экономического развития страны. Снижение смертности от заболеваний, в первую очередь сердечно­сосудистой системы, в развитых странах произошло благодаря уменьшению возникновения новых случаев заболеваний, эти изменения свя­зывают со снижением распространенности основных факторов риска среди населения. Основные факторы риска (ФР) хорошо известны и универсальны для всех стран и народов: питание с избыточным количе­ством насыщенного жира и соли, курение, злоупотребление алкоголем, артериальная гипертензия, повышение уровня холестерина в крови, не­достаточная физическая активность, личностные черты, стрессовые со­стояния, вызванные физическим и умственным напряжением. Формиро­вание болезни проходит ряд стадий или этапов.

Учеными признано, что ряд факторов универ­сальны для многих стран и приводят не к одному, а нескольким заболе­ваниям. Наиболее агрессивные факторы: курение, артериальная гипер­тензия, гиперхолестеринемия (ГХС более 5.2 ммоль/л), избыточная мас­са тела, низкая двигательная активность, или гиподинамия, когда уро­вень двигательной активности менее 4 часов в неделю. Имеют значение психоэмоциональное перенапряжение и стрессы, нарушения обмена ве­ществ: сахарный диабет, подагра, камни желчного пузыря, почек, остео­хондроз позвоночника. Поэтому многофакторная профилактика ведет к снижению заболеваемости при различных болезнях. Накопление факто­ров риска и их сочетание ведут к предболезненному состоянию, так на­зываемое «третье состояние». При отсутствии коррекции и нездоровом образе жизни развиваются заболевания. Пренебрежение основными прави­лами здорового поведения ведет к заболеваниям, ранней инвалидизации и смерти от атеросклероза и ИБС, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, цирроза печени, язвенной болезни желудка и двенадцатиперст­ной кишки, легочных заболеваний, нарушения обмена веществ.

Возраст от 12 до 30 лет условно можно считать аутоагрессивным, так как идут по нарастающей опасные для здоровья и жизни аутоагрессивные действия: курение, пьянство, наркомания, токсикомания, слу­чайные интимные контакты с малознакомыми партнерами, вероятны не­запланированная беременность, нежелательное отцовство, венерические заболевания, СПИД, частый травматизм, отравления. Среди возрастных форм неинфекционных заболеваний распространены школьные формы патологий: нарушение осанки, кривобокость, сколиоз, сутулость, близо­рукость (миопия).

**Цель:** - углубление и систематизация знаний по новым актуальным проблемам образа жизни в сохранение здоровья, не нашедшим должного изложения в основном курсе преподавания предмета,

- повышение уровня теоретической подготовки по здоровому образу жизни и поведенческим факторам;

- изучение современных методик и технологий формирование ЗОЖ и коррекции поведенческих факторов: питания и вредных привычек в будущей профессиональной деятельности.

**Задачи:** изучить принципы профилактической работы терапевта, основы документации.

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

- понятие «здоровой образа жизни»

- механизм действия питания, вредных привычек на здоровье

- воздействия на организм вредных привычек

- последствия от неправильного питания

- процесс формирования здорового образа жизни

- роль школ здоровья в современном обществе

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

- организовать свой досуг и учебу по санитарно-гигиеническим нормам

- составить план учебного графика, режима дня в процессе учебы

- составить меню сбалансированного питания

- составить программу отказа от вредных привычек

- применить свои знания на практике с пациентами

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,-9,-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. Профилактические медицинские осмотры.
2. Составляющие ЗОЖ.
3. Профилактические мероприятия в поликлинике

Профилактика в медицине (от греч. prophilacticos *–* предупреждение) – действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболевания или нарушения, на прерывание или замедление его прогрессирования, на снижение нетрудоспособности. Кроме предупреждения заболеваний, в понятие профилактики входит также «health proritio»что означает "укрепление здоровья". Так называют действия, помогающие людям усилить контроль за здоровьем и улучшить его.

Профилактика *—* система государственных, социальных, гигиенических и медицинских мер, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья и предупреждение болезней».

*Профилактика* болезней представляет собой совокупность знаний и практических навыков, социальных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, коллективов и отдельных групп (контингентов) населения в целом, и предотвращение неблагоприятных последствий для их здоровья».

Таким образом, любое из этих определений свидетельствует, что профилактика, как система в целом, призвана решать *три основные задачи:*  укрепление здоровья здоровых, профилактику болезней и травм (заболеваемости и травматизма) и профилактику прогрессирования болезней и их осложнений.

Следует выделять *три главных направления* профилактики: создание благоприятных, здоровых условий жизни для населения, формирование здорового образа жизни каждого человека и всего общества, включающее воспитание с раннего детского возраста правильного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, активное медицинское наблюдение за здоровьем каждого человека.

Несомненно, все эти задачи и направления в большей степени относятся к функции специальных центров, кабинетов и отделений, что и закреплено соответствующими нормативными документами, в частности:

• Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье**.** Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно – эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

По предложению ВОЗ профилактику следует подразделять на:

*первичную,* направленную на предупреждение появления факторов риска (ФР) различных заболеваний у здоровых лиц;

*вторичную,* предусматривающую борьбу с имеющимися ФР;

*третичную —* активное лечение развившегося заболевания с целью недопустить прогрессирования патологического процесса и возникновения осложнений.

В РФ используется и другая классификация:

*первичная –* предупреждение возникновения заболевания путем борьбы с имеющимися ФР, т.е. работа, направленная на устранение причин и условий, способствующих возникновению заболеваний;

*вторичная –* лечение уже сформировавшегося заболевания, предупреждение его прогрессирования и обострений. Кроме того, выделяют личную и общественную профилактику. Рассмотрим подробнее основное содержание каждого из этих определений.

*Первичная профилактика. Укрепление здоровья здоровых. Формирование здорового образа жизни.* В Уставе ВОЗ «здоровье» определяется как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не просто как отсутствие болезней или физических нарушений». К этим 3-м слагаемым добавляется функциональная полноценность конкретных систем органов. По определению Ю.П. Лисицына,
Н.В. Полуниной (2002), «здоровье – не только физическая, душевная ценность для каждого из нас – неоценимое богатство человека, но это морально-этическая, гуманистическая ценность, это условие счастья». В последние годы очень большое значение приобрела концепция «образ жизни» *(Е. Heirrinen,* 1992). Считается, что большая часть случаев смерти является следствием неправильного (нездорового) образа жизни. Иными словами, «образ жизни» в немалой степени формирует здоровье человека. По мнению экспертов ВОЗ, здоровье индивидума и общества зависит на 10 % от медицинского обслуживания, на 20 % – от экологической обстановки и на 70 % – от образа жизни.

«*Образ* *жизни»* (цит. по: Ю.П. Лисицын и соавт., 1998) – определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определенный способ деятельности в материальной и *нематериальной (духовной) сферах* жизнедеятельности людей. Но не вообще деятельности, активности, а совокупности существенных черт деятельности людей. «Здоровый образ жизни – это деятельность, наиболее характерная, типичная для конкретных социально-экономических, политических**,** экологических и прочих условий, направленная на сохранение и улучшение, укрепление здоровья людей».

**Схема формирования здорового образа жизни**

(Ю.П. Лисицын и соавт., 1998)

|  |  |
| --- | --- |
|  **Создание и развитие факторов здоровья** | **Преодоление факторов риска** |
| Высокой трудовой активности, удовлетворенности трудом | Низкой трудовой активности, неудовлетворенности трудом |
| Физического и душевного комфорта, гармонического развития физических и интеллектуальных способностей | Пассивности, дискомфорта, эмоциональной и психической напряженности |
| Активной жизненной позиции, социальной активности, социального оптимизма, высокого культурного уровня | Низкой социальной активности, невысокого культурного уровня |
| Высокой физической активности | Низкой физической активности, гиподинамии |
| Рационального, сбалансированного питания | Нерационального, несбалансированного питания, потребления алкоголя, курения, наркотических и других токсических веществ |
| Дружных семейных отношений, устроенный быт | Напряженных семейных отношений, нездорового быта |
| Высокой медицинской активности | Низкой медицинской активности |
| Экологической активности, экологически грамотного поведения, деятельности за оздоровление внешней среды | Загрязнения внешней среды, низкой экологической активности |

Формирование здорового образа жизни становится основой первичной профилактики и, следовательно, базой стратегии охраны и укрепления здоровья, точнее – наполняет его и первичную профилактику новым содержанием, реконструирует профилактическое направление здравоохранения, оно должно стать стержнем во всех программах здоровья, во всех профилактических территориальных и отраслевых программах. В них должны быть предусмотрены совместные действия органов и учреждений здравоохранения, просвещения, культуры и др., осуществление мер первичной профилактики должно быть важнейшей обязанностью всей сети лечебно-профилактических учреждений и особенно служб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП): амбулаторно-поликлинических, скорой и неотложной помощи, родовспоможения, санитарно-противоэпидемических станций, различных пунктов здравоохранения, фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц и других учреждений здравоохранения. Учреждения здравоохранения должны рассматриваться как форпосты формирования здорового образа жизни, и это прежде всего относится к центрам здоровья, центрам профилактики.

Важнейшая функция и задача всех органов и учреждений, всех организаций, которые занимаются формированием здорового образа жизни и прежде всего учреждений ПМСП – поликлиник, амбулаторий, здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, службы Роспотребнадзора и др., но главным образом центров формирования здорового образа жизни – четкая, эффективная пропаганда здорового образа жизни, без которой невозможно рассчитывать на успех этой актуальнейшей проблемы.

Пропаганда должна акцентироваться не столько на санитарном просвещении, сколько на средствах гигиенического воспитания, т.е. не на пассивном восприятии медицинских и гигиенических знаний, различной информации, а на обучении, восприятии гигиенических навыков, правил и норм поведения и активном их проведении в жизнь, *т.е. на обучении действиям, осуществлению здорового образа жизни* в *конкретных условиях и ситуациях,* на примерах их медицинской практики.

Первичная профилактика, таким образом, в себя включает:

• санитарно-гигиенические мероприятия;

• санитарно-противоэпидемические мероприятия;

• санитарное просвещение и обучение (образование) населения, пропаганду (формирование) здорового образа жизни, законодательное и экономическое обеспечение;

• эпидемиологические исследования населения, профилактические осмотры для выявления лиц с факторами риска, состояний предболезни, ранней диагностики заболеваний.

При разработке конкретного плана мероприятий по первичной профилактике необходимо иметь, по крайней мере, 2 документа: 1) анализ структуры заболеваемости и смертности среди населения прикрепленного района, участка; 2) результаты направленного эпидемиологического обследования населения данного района, участка.

В разных странах существуют различные, законодательно оформленные модели систем первичной профилактики. Обычно они включают в себя следующие разделы: скрининг факторов риска, изучение потребностей популяции в профилактическом вмешательстве, изучение уровня осведомленности населения и медицинских работников в профилактике, проведение профилактического вмешательства, включая изменение образа жизни населения, создание клубов, школ здоровья, разработку стратегического плана профилактики, образование медицинских работников, просвещение населения, законодательные изменения, конкретную коррекцию факторов риска, контрольную оценку состояния здоровья популяции.

В основе одного из направлений в системе первичной профилактики лежит концепция *о факторах риска* (А.Я.Крюкова,1986).

Есть несколько определений ФР. Под термином «ФР» понимают определенные личностные характеристики и особенности образа жизни, повышающие риск развития болезни (Р.Г. Оганов, 1990). Или: «под ФР (например, ИБС) понимают характеристику обследуемого лица (группы лиц) или среды (их) обитания, которая связана с вероятностью развития болезни у этого лица (группы лиц). Фактор риска ИБС – это повышенный или, наоборот, пониженный уровень какого-то показателя внутренней среды организма (например, гипербетахолестеринемия или гипоальфахолестеринемия), а также внешней среды (например, мягкость питьевой воды) или определённая поведенческая характеристика (например, курение), которые увеличивают вероятность возникновения ИБС» (цит. по: А.Н.Климов, 1983).

Все факторы риска можно разделить на 2 большие группы:

– на которые можно повлиять (курение и др.) – *управляемые;*

– которые изменить невозможно (пол, возраст, наследственность и др.) – *неуправляемые.*

В функционировании систем по первичной профилактике, как мы уже говорили, конечно, наибольшее место занимают специальные центры, отделения, кабинеты здоровья и профилактики. *Роль участкового врача-терапевта сводится* в основном *к осуществлению профилактики на индивидуальном уровне.*

По данным ряда исследователей, всё население страны посещает кабинет участкового врача-терапевта примерно 1-7 раз в год, т.е. контактов у населения больше всего с участковым врачом. Каждое посещение может быть использовано для консультации по образу жизни, профилактического осмотра и обследования, ведь наибольшим доверием в семье пользуется, именно, участковый врач-терапевт. Конкретные формы его профилактической работы (подчеркнём, как лечащего врача амбулаторно-поликлинического ЛПУ) традиционны: индивидуальные беседы, публичные выступления, выпуск листовок и бюллетеней, участие в профилактических осмотрах и др.

**Профилактические осмотры.**

*Профилактические медицинские осмотры делят на:* 1) *периодические медицинские осмотры –* медицинский осмотр всего населения по группам диспансерного наблюдения, проводимый по плану в установленные сроки и при текущей обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение; 2) *предварительные медицинские осмотры –* медицинский осмотр лиц, поступающих на работу, с целью выявления заболеваний, которые могут являться противопоказаниями для работы в данном учреждении (предприятии) или по данной профессии.

*Основными формами профилактических медицинских осмотров являются индивидуальные и массовые. Индивидуальные осмотры* проводятся при вызове или обращении пациентов в поликлинику, амбулаторию, женскую консультацию, а также среди больных, находящихся на лечении в стационаре, то есть это основная форма медицинских осмотров неорганизованного населения.

*Массовые комплексные профилактические медицинские осмотры* имеют цель объединения периодических и целевых осмотров. Они проводятся как правило, среди организованных групп населения, рабочих и служащих промышленных предприятий, учреждений.

Комплексные медицинские осмотры бывают одно-, двух- и трёх-этапные. Проведение одноэтапных комплексных медицинских осмотров осуществляет группа врачей в составе терапевта, хирурга, стоматолога, гинеколога, а также врачей других специальностей по приказам. При необходимости больных направляют к врачам узких специальностей и на дополнительные исследования (лабораторные, функциональные, рентгенологические и т.д.). Осмотры в этих случаях максимально приближаются к месту работы осматриваемых контингентов (МСЧ, здравпункт, красный уголок предприятия и т.д.).

Для проведения двух- и трёхэтапных комплексных медицинских осмотров вначале производят отбор лиц, подозрительных на наличие того или иного заболевания, а на втором и третьем этапах — их тщательное обследование и диагностика. Средний медицинский персонал проводит: сбор анамнестических данных по анкете, антропометрические измерения; измерение артериального давления, взятие мазков для цитологического исследования (с 18 лет), исследование остроты зрения, исследование внутриглазного давления (лицам после 40 лет), определение остроты слуха, туберкулиновые пробы подросткам (15-17 лет). При осмотрах проводятся лабораторные, диагностические и инструментальные исследования: анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов), исследование мочи на сахар (кровь на сахар по показаниям), исследование мочи на белок, ЭКГ (40 лет и старше).

 **ТЕСТЫ** для контроля усвоения темы:

**Выберите один правильный ответ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Код компетенций | Тестовые вопросы |
| ПК-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-2 | 6. СОГЛАСНО КАКОМУ ПРИКАЗУ ПРОВОДИТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ1) приказ № 7702) приказ № 903) приказ № 4114) приказ № 869н5) приказ № 55н |
| ПК-1ПК-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-1ПК-2 | 8. Кратность наблюдения за больными с хроническим необструктивным бронхитом 1) 1 раз в год 2) 2 3) 3 4) 4  |
| ПК-1ПК-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-1ПК-2 | 10. СКОЛЬКО ГРУПП ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЫ ЗНАЕТЕ 1) две 2) три 3) четыре 4) пять 5) шесть |
| ПК-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-2 | 17. КАКИЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ПРОВОДЯТСЯ?  1) предварительный 2) предварительные, периодические, целевые 3) предварительные, периодические 4) периодические, целевые 5) периодические, целевые |
| ПК-1ПК-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-1ПК-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-1ПК-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.