



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Поликлиническая терапия

Рабочая тетрадь для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Учебное пособие
В 2 частях
Часть 2

Красноярск
2021

УДК 616-08(075.8)
ББК 53.5
П50

Авторы: д-р мед. наук, проф. М. М. Петрова; канд. мед. наук Д. С. Каскаева; канд. мед. наук О. В. Зимницкая; д-р мед. наук С. Ю. Штарик; канд. мед. наук И. И. Барон; канд. мед. наук Е. А. Пронина; Е. В. Галко; д-р мед. наук Н. Ю. Шимохина; канд. мед. наук Е. В. Зорина; канд. мед. наук Л. К. Данилова

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный специалист по общей врачебной практике Министерства здравоохранения Омской области И. А. Викторова; д-р мед. наук, проф. кафедры общей врачебной практики и поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, проф. Н. П. Гарганеева

Поликлиническая терапия : рабочая тетрадь для обучающихся 6
П50 курса по специальности 31.05.01 Лечебное дело : учебное пособие : в 2 ч.
/ М. М. Петрова, Д. С. Каскаева, О. В. Зимницкая [и др.]. – Красноярск :
тип. КрасГМУ, 2021. – Ч. 2. – 156 с.

Учебное пособие разработано с опорой на рабочую программу дисциплины «Поликлиническая терапия» для специальности 31.05.01 - Лечебное дело (очная форма обучения) и отвечает требованиям ФГОС ВО (2020г.) для студентов 6 курса лечебного факультета очной формы обучения, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 2 от 27.10.2021 г.)

УДК 616-08(075.8)
ББК 53.5

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, 2021

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Поликлиническая терапия

Рабочая тетрадь для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Учебное пособие
В 2 частях
Часть 2

ФИО

группа

Красноярск
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
РАЗДЕЛ I. ЗАНЯТИЯ 12 СЕМЕСТРА	
Занятие 1.....	8
Занятие 2.....	15
Занятие 3.....	22
Занятие 4.....	32
Занятие 5.....	39
Занятие 6.....	44
Занятие 7.....	51
Занятие 8.....	59
Занятие 9.....	67
Занятие 10.....	79
Занятие 11.....	89
Занятие 12.....	96
Занятие 13.....	107
Занятие 14.....	114
Занятие 15.....	122
Занятие 16.....	128
Занятие 17	132
Занятие 18.....	138
Занятие 19.....	141
Занятие 20.....	144
Занятие 21.....	148
РАЗДЕЛ II. ПРИЛОЖЕНИЯ	
Приложение 1.....	149
Приложение 2.....	151
Приложение 3.....	152
Приложение 4.....	153
Приложение 5.....	154
Список литературы	155

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время во всем мире признанной является концепция непрерывного образования. Согласно этой концепции, знаний по специальности, полученных в период обучения в вузе, не хватит на всю оставшуюся жизнь. Поэтому каждый специалист, окончив вуз, должен в дальнейшем заниматься самообразованием, знать, где можно найти достоверную информацию, уметь правильно ее анализировать и интерпретировать. Потому одним из важных методов обучения в подготовке будущих специалистов является выполнение самостоятельной работы. Именно в процессе выполнения самостоятельной работы студенты учатся поиску достоверной информации для нахождения ответов на поставленные вопросы, анализу и интерпретации этой информации, формулированию ответов своими словами. Данное учебное пособие составлено таким образом, что на первый план выходит самостоятельная работа студентов.

В учебном пособии по каждой теме выделены ключевые положения, информация представлена в виде рисунков, схем и таблиц для лучшего восприятия и запоминания. В каждой теме имеются задания для самостоятельной работы на занятии и во внеаудиторное время. В приложении размещены таблицы и шкалы, необходимые врачу-терапевту. Данное учебное пособие будет интересно студентам 6 курса специальности «Лечебное дело».

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
ВАШ – визуально-аналоговая шкала
ВДП – верхние дыхательные пути
ВК – врачебная комиссия
ВН – временная нетрудоспособности
ГБ – гипертоническая болезнь
ГТР – генерализованное тревожное расстройство
ДЛП – дислипотеинемия
ДЭ – депрессивный эпизод
ЖДА – железодефицитная анемия
ЗСПО – законченный случай поликлинического обслуживания
иАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИВЛ – искусственная вентиляция лёгких
ИМ – инфаркт миокарда
ИМВП – инфекции мочевыводящих путей
КН – когнитивные нарушения
ЛВН – листок временной нетрудоспособности
ЛЖ – левый желудочек
ЛН – лист нетрудоспособности
ЛП – лекарственный препарат
МКБ – мочекаменная болезнь
МЗ – министерство здравоохранения
МНН – международное непатентованное наименование
МО – медицинский осмотр
МС – метаболический синдром
МСЭ – медико-социальная экспертиза
МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

НИР – научно-исследовательская работа
НПВС – нестероидные противовоспалительные средства
ОГ – ортостатическая гипотензия
ОХС – общий холестерин
ПА – паническая атака
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
ПР – паническое расстройство
РА – ревматоидный артрит
РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
РДР – рекуррентное депрессивное расстройство
РФ – Российская Федерация
САД – систолическое артериальное давление
СД – сахарный диабет
СКЛ – санаторно-курортное лечение
СКФ – скорость клубочковой фильтрации
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ТТГ – тиреотропный гормон
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФЗ – федеральный закон
ФР – факторы риска
ХБП – хроническая болезнь почек
ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания
ХС ЛВП – холестерин липопротеинов высокой плотности
ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭВН – экспертиза временной нетрудоспособности
ЭМК – электронная медицинская карта

6 курс 12 семестр

Занятие 1

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов. Теоретически: Документация поликлиники**

Особенности амбулаторной помощи

- курация пациентов в течение длительного периода;
- необходимость и возможность улучшить или сохранить качество жизни, решать социальные вопросы;
- необходимость за короткий промежуток времени (10-25 мин) поставить диагноз, назначить обследование, лечение, доступно донести информацию до пациента, так как выполнять рекомендации должен сам пациент;
- умение установить контакт с пациентом для решения выше обозначенных вопросов;
- объем назначаемого обследования и лечение должны быть необходимыми и достаточными для конкретного случая, обследования доступными, в том числе, территориально.

Нормативные документы по организации амбулаторно-поликлинической помощи:

1. Федеральный закон (ФЗ) № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый государственной думой 1 ноября 2011 года, одобренный Советом Федерации от 9 ноября 2011 года.

2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

3. Приказ Министерства здравоохранения (МЗ) и социального развития Российской Федерации (РФ) от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении

порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 декабря 2014 г. №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 г. №255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.03.19 №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

8. Приказ МЗ Красноярского края №1457-орг от 29.11.2019 «О диспансерном наблюдении».

9. Приказ МЗ РФ от 13 марта 2019 года №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. №29 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (вступает в силу с 1.04.2021 года).

11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.09.2020г. №1029н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения».

12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.09.2020г. № 925н «Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа».

Задачи участкового врача-терапевта:

- оказание населению участка квалифицированной терапевтической помощи на приеме в поликлинике и на дому;
- организация и проведение профилактических мероприятий среди населения участка, диспансеризация здоровых и больных;
- участие в госпитализации больных в клиники, дневные стационары поликлиник;
- проведение экспертизы трудоспособности, проф.пригодности;
- направление больных в специализированные лечебно-профилактические учреждения, диспансеры, на санаторно-курортное лечение;
- противоэпидемическая работа;
- санитарно-просветительная работа;
- проведение анализа заболеваемости населения участка.

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. №834н:

- 1) медицинская карта амбулаторного больного (форма 025у-04);
- 2) талон законченного случая поликлинического обслуживания (талон ЗСПО, талон амбулаторного пациента, форма 025-12/у);

- 3) экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении (форма 058у);
- 4) экстренное извещение о впервые выявленном случае туберкулеза, злокачественного новообразования, фавуса, трахомы (форма 60);
- 5) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030у-04);
- 6) выписка из истории амбулаторного больного (форма 027/у);
- 7) направление на медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) (форма 088/у);
- 8) рецептурные бланки;
- 9) листок временной нетрудоспособности;
- 10) справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся (форма 095у);
- 11) санаторно-курортная карта (форма 072у-04);
- 12) справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение (форма 070/у-04);
- 13) книга записи вызовов на дом (форма 031у);
- 14) журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060у);

Основной документ статистического учета работы врача, ведущего амбулаторный прием – талон законченного случая поликлинического обслуживания (ЗСПО).

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

Приложение 3
к приказу Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 22.11.2004 г. № 255

Медицинская документация
Форма № 025-12/у
Утверждена Приказом Минздравсоцразвития России
от 22.11.2004 г. № 255

ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

№ медицинской карты _____ Дата _____

1. Код категории льготы _____ 2. Номер страхового полиса ОМС _____
3. СНИЛС _____

4. Пациент: код ¹	Ф.И.О.
5. Пол ² : 1 – муж.; 2 – жен.;	6. Дата рождения
7. Документ, удостоверяющий личность (название, серия и номер) ² :	
8. Адрес регистрации по месту жительства ³ :	
9. Житель ² : 1 – город; 2 – село	
10. Социальный статус, в т. ч. занятость: 1. – дошкольник: 1.1. – организован; 1.2. – неорганизован; 2 – учащийся; 3 – работающий; 4 – неработающий; 5 – пенсионер; 6 – военнослужащий, код _____; 7 – член семьи военнослужащего; 8 – без определенного места жительства	
11. Инвалидность: 1 – I гр., 2 – II гр., 3 – III гр., 4 – установлена впервые в жизни; 5 – степень инвалидности _____; 6 – ребенок-инвалид; 7 – инвалид с детства; 8 – снята	
12. Специалист: код	Ф.И.О.
13. Специалист: код ¹	Ф.И.О.
14. Вид оплаты: 1 – ОМС; 2 – бюджет; 3 – платные услуги, в т. ч. 4 – ДМС; 5 – другое	
15. Место обслуживания: 1 – поликлиника; 2 – на дому, в т. ч. 3 – актив	
16. Цель посещения: 1 – заболевание; 2 – профосмотр; 3 – патронаж; 4 – другое	
17. Результат обращения ⁴ : случай закончен: 1 – выздоровл.; 2 – улучшение; 3 – динамическое набл., направлен: 4 – на госпитализацию; 5 – в дневной стационар; 6 – стационар на дому; 7 – на консультацию; 8 – на консультацию в др. ЛПУ; 9 – справка для получения путевки; 10 – санаторно-курортная карта	

1) – при использовании кода, принятого в ЛПУ;
2) – заполняется при разовом обращении пациента (например, иногородний);
3) – заполняется при учете работы среднего мед. персонала;
4) – заполняется при последнем посещении по данному случаю.

См. на обороте

Рисунок 1.1 – Талон ЗПНО (талон амбулаторного пациента)

При работе с участковым терапевтом на амбулаторном приеме ознакомьтесь с заполненными ранее талонами ЗСПО.

§ Задание 1. Заполните не менее 5 талонов ЗСПО самостоятельно.

§ Задание 2. Напишите, какая информация подлежит внесению в амбулаторную карту больного.

При работе с участковым терапевтом на амбулаторном приеме ознакомьтесь с основными разделами амбулаторной карты формы №025/у-04, заполните дневник амбулаторного приема.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

6 курс 12 семестр

Занятие 2

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Теоретически: Диспансеризация взрослого населения

Диспансеризация – комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация определенных групп населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года N 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Цели диспансеризации:

- 1) Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ (далее - хронические неинфекционные заболевания), основных факторов риска их развития (повышенный уровень артериального давления, дислипотеинемия (ДЛП), повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, пагубное потребление алкоголя, нерациональное питание, низкая физическая активность, избыточная масса тела или ожирение), а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- 2) Определение группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, граждан с иными заболеваниями (состояниями), а также для здоровых граждан;
- 3) Проведение краткого и, по показаниям, углубленного профилактического консультирования граждан с выявленными ХНИЗ и факторами риска их развития;
- 4) Определение группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация проводится в 2 этапа:

Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков ХНИЗ, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации,

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования.

При проведении профилактического медицинского осмотра (МО) и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного

проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.



Рисунок 2.1 – Диспансеризация

Группы здоровья

I группа здоровья – граждане, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний); таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование;

II группа здоровья – граждане, у которых не установлены ХНИЗ, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также взрослые лица любого возраста, у которых выявлено ожирение и/или ДЛП с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более и/или лица, курящие более 20 сигарет в день, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

IIIА группа здоровья – граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного

наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIБ группа здоровья – граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

При проведении диспансеризации заполняются учетные формы:

- учетная форма № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)»;
- учетная форма № 131/у-МК «Маршрутная карта диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)»;
- учетная форма № 025/у-ПЗ «Паспорт здоровья»;
- отчетная форма № 131/о «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

Диспансерное наблюдение устанавливается в течение 3-х рабочих дней после:

- установления диагноза при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- получения выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую документацию пациента, а также в учетную форму № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения». Формы № 030/у-04 для работы располагаются ежемесячно, в соответствии с датами запланированных

диспансерных осмотров. При взятии на диспансерное наблюдение в амбулаторной карте оформляется эпикриз взятия на диспансерный учет, далее - этапный (годовой) эпикриз.

§ Задание 1. При работе с участковым терапевтом на амбулаторном приеме проведите осмотр пациента, заполните направления на обследование в рамках 1 этапа диспансеризации в зависимости от возраста и пола.

§ Задание 2. При работе с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:

- 1) ознакомьтесь с указанными формами,
- 2) определите группу здоровья пациента по результатам проведенной диспансеризации. Проведите краткое профилактическое или (при наличии показаний) углубленное консультирование.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Напишите основные задачи врача-терапевта при проведении диспансеризации.
- 2) Перечислите цели проведения диспансерного наблюдения.
- 3) Напишите, какие диагностические критерии факторов риска и других патологических состояний и заболеваний, повышающих вероятность развития хронических неинфекционных заболеваний, могут быть выявлены при проведении диспансеризации.
- 4) Перечислите основные критерии эффективности диспансеризации взрослого населения.
- 5) Напишите критерии оценки эффективности диспансерного наблюдения.

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 3

Посещение пациентов на дому

Теоретически: Экспертиза временной нетрудоспособности

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. № 925н “Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа”.

Нетрудоспособность — состояние организма, обусловленное заболеванием, травмой и их последствиями или другими причинами, когда выполнение профессионального труда полностью или частично, в течение ограниченного времени или постоянно невозможно.

Виды нетрудоспособности:

- временная (полная и частичная);
- стойкая (полная и частичная);

Временная нетрудоспособность (ВН) — состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных условиях в течение ограниченного времени (иногда временная нетрудоспособность может быть обусловлена другими социальными и медицинскими факторами, предусмотренными законодательством).

Стойкая нетрудоспособность (инвалидность) — состояние организма, при котором функциональные или органические нарушения, обусловленные заболеванием, увечьем или анатомическим дефектом, носят устойчивый или постоянный характер и препятствуют выполнению (продолжению) работы по основной профессии (полностью или частично) на длительный срок или постоянно.

Причины временной нетрудоспособности:

- заболевание;
- травма;
- карантин;
- несчастный случай на производстве или его последствия;
- отпуск по беременности и родам;
- протезирование в стационаре;
- профессиональное заболевание или его обострение;
- долечивание в санатории;
- уход за больным членом семьи;
- иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.);
- заболевание, указанное в п.1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 №715;
- в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, определяемый Минздравсоцразвития России в соответствии с частью 5 ст. 6 ФЗ от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»;
- ребенок-инвалид;
- поствакцинальное осложнение или злокачественное новообразование у ребенка;
- ВИЧ-инфицированный ребенок.

Медицинская экспертиза — проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

Экспертиза временной нетрудоспособности

Объектом исследования экспертизы временной нетрудоспособности (ЭВН) является трудоспособность больного, увечного человека. Это вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, возможности осуществления профессиональной деятельности, определение степени и сроков утраты трудоспособности, качества и эффективности проводимого обследования и лечения.

Задачи ЭВН:

- научно обоснованная оценка трудоспособности трудящихся при различных заболеваниях, травмах, увечьях, анатомических дефектах;
- установление факта временной нетрудоспособности и освобождение от работы в связи с наличием социальных и медицинских показаний, предусмотренных законодательством;
- определение характера нетрудоспособности (временная, стойкая, полная или частичная);
- установление причины временной или стойкой нетрудоспособности для определения размеров пособий, пенсий и других видов социального обеспечения;
- рациональное трудоустройство работающих, не имеющих признаков инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в облегчении труда в своей профессии;
- проведение социально-трудовой реабилитации;
- определение трудовых рекомендаций инвалидам, позволяющих использовать их остаточную трудоспособность;
- определение различных видов социальной помощи работающим при временной нетрудоспособности и инвалидам;
- изучение причин заболеваемости и инвалидности для разработки медицинских и социальных профилактических программ.

Когда выдается листок нетрудоспособности?

Листок нетрудоспособности (ЛН) выдается в форме документа на бумажном носителе либо формируется по результатам проведения экспертизы временной нетрудоспособности в связи с:

- заболеваниями;
- травмами;
- отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности;
- долечиванием в санаторно-курортных организациях;
- при необходимости ухода за больным членом семьи;
- в связи с карантином;
- на время протезирования в стационарных условиях;
- в связи с беременностью и родами;
- при усыновлении ребенка.

При проведении экспертизы временной трудоспособности определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда, отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного:

- 1) характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно - психического);
- 2) организацию, периодичность и ритм работы;
- 3) нагрузку на отдельные органы и системы;
- 4) наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

Медицинские и социальные критерии должны быть всегда четко определены и отражены в медицинской документации.

Выдача листков нетрудоспособности

Выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

- лечащие врачи медицинских организаций;
- фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций;
- лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений (институтов), в том числе клиник научно-исследовательских учреждений (институтов) протезирования или протезостроения.

Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:

- организаций скорой медицинской помощи;
- организаций переливания крови;
- приемных отделений больничных учреждений;
- бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;
- медицинских организаций особого типа (центров медицинской профилактики, медицины катастроф, бюро судебно-медицинской экспертизы);
- учреждений здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

ЛН выдается:

- при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно;
- при сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации;
- фельдшер или зубной врач выдает и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно;
- по решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности при травмах, состояниях после

реконструктивных операций, может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев; в отдельных случаях (туберкулез) – на срок не более 12 месяцев с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже, чем через 15 календарных дней.

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

первичный ☐ продолжение листка нетрудоспособности № _____
дубликат ☐

001 234 567 891

(наименование медицинской организации)
(адрес медицинской организации)
Дата выдачи ____ - ____ - ____ (ОГРН)
Ф. ____
И. ____
О. ____
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)
М. ☐ Ж. ☐ Причина нетрудоспособности код доп код код изм.
(Дата рождения) ____ - ____ - ____
(место работы-наименование организации) ____
Основное ☐ По совместительству ☐ № ____
Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐
____ - ____ - ____ дата 1 ____ - ____ - ____ дата 2 № путевок ____
ОГРН санатория или клиники ГИИ
по уходу: ____
возраст (лет/мес.) ____ родственная связь ____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход ____
Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐
Отметки о нарушении режима Дата ____ - ____ - ____ Подпись врача: ____
Находился в стационаре: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____
Дата направления в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____
Дата регистрации документов в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____
Освидетельствован в бюро МСЭ: ____ - ____ - ____
Установлена/изменена группа инвалидности ☐
Подпись руководителя бюро МСЭ: ____
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	____	____	____
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	____	____	____
____ - ____ - ____	____ - ____ - ____	____	____	____

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с ____ - ____ - ____ Иное: ____ - ____ - ____
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № ____ Подпись врача: ____
(место работы-наименование организации) ____ Основное ☐ По совместительству ☐
Регистрационный № ____ / ____ Код подчинённости ____
ИНН нетрудоспособного: ____ (при наличии) СНИЛС ____ - ____ - ____
Условия исчисления ____ Акт формы Н-1 от ____ - ____ - ____
Дата начала работы ____ - ____ - ____ Страховой стаж: ____ лет ____ мес. в т. ч. нестраховые периоды: ____ лет ____ мес.
Причитается пособие за период: с ____ - ____ - ____ по ____ - ____ - ____
Средний заработок для исчисления пособия: ____ р ____ к. Средний дневной заработок ____ р ____ к.
Сумма пособия: за счёт средств работодателя ____ р ____ к. за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации ____ р ____ к. итого начислено ____ р ____ к.
Фамилия и инициалы руководителя: ____
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: ____
Подпись ____
Подпись ____
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
0000000000 первичный ☐ продолжение листка нетрудоспособности № ____
дубликат ☐
Ф. ____
И. ____
О. ____
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)
(место работы-наименование организации) ____
Основное ☐ По совместительству ☐ № ____
(фамилия, инициалы врача) ____
№ истории болезни ____
Дата выдачи ____ - ____ - ____
расписка получателя ____

Рисунок 3.1 – Листок нетрудоспособности

ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

В строке «Причина нетрудоспособности» в первых двух клетках указать соответствующий двухзначный код

- | | |
|--|--|
| 01 - заболевание | 11 - заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 |
| 02 - травма | 12 - в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, определяемый Минздравсоцразвития России в соответствии с ч. 5 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» |
| 03 - карантин | 13 - ребенок-инвалид |
| 04 - несчастный случай на производстве или его последствия | *14 - поствакцинальное осложнение или злокачественное новообразование у ребенка |
| 05 - отпуск по беременности и родам | *15 - ВИЧ-инфицированный ребенок |
| 06 - протезирование в стационаре | <i>*Коды 14 и 15 проставляются только при согласии застрахованного лица</i> |
| 07 - профессиональное заболевание или его обострение | |
| 08 - долечивание в санатории | |
| 09 - уход за больным членом семьи | |
| 10 - иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.) | |

В строке «Причина нетрудоспособности», вслед за двухзначным кодом, указать дополнительный трехзначный код

- 017 - при лечении в специализированном санатории
 018 - при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ)
 019 - при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации
 020 - при дополнительном отпуске по беременности и родам
 021 - при заболевании или травме, наступившей вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением

В строке «дата1» проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки, в строке «дата2» проставляется дата окончания путевки, в строке № путевки проставляется номер путевки.
 Пример записи: «05.10.2011 17.10.2011 №00000000»

В блоке «По уходу» предусмотрены 2 строки в случае ухода за двумя членами семьи, в каждой строке указывается последовательно возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество.

В строке «Отметка о нарушении режима» указать код

- 23 - несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача
 24 - несвоевременная явка на прием к врачу
 25 - выход на работу без выписки
 26 - отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы
 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы
 28 - другие нарушения

В строке «Иное» указать код:

- 31 - продолжает болеть
 32 - установлена инвалидность
 33 - изменена группа инвалидности
 34 - умер
 35 - отказ от проведения медико-социальной экспертизы
 36 - явился трудоспособным
 37 - долечивание

В строке «родственная связь» указать код

- 38 - мать;
 39 - отец;
 40 - опекун;
 41 - попечитель;
 42 - иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи

В строке «Условия исчисления» указать код (при необходимости несколько кодов)

- 43 - лицо, относящееся к категории лиц, подвергшихся воздействию радиации
 44 - лицо, приступившее к работе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях до 2007 года и продолжающее работать в этих местностях
 45 - лицо, имеющее инвалидность
 46 - трудовой договор менее 6 месяцев (не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»)
 47 - заболевание (травма) наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы
 48 - уважительная причина нарушения режима
 49 - продолжительность заболевания превышает 4 месяца подряд (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 50 - продолжительность заболевания превышает 5 месяцев в календарном году (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 51 - неполное рабочее время

Строка «Дата начала работы» заполняется для кодов 01 и 02 в случаях аннулирования трудового договора

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ НОМЕР, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ЛЕВОЙ ЧАСТИ КОРЕШКА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НОМЕРОМ БЛАНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ.

Рисунок 3.2 – Листок нетрудоспособности (оборотная сторона)

Посещение пациента на дому

При посещении пациента на дому нужно выяснить жалобы пациента, собрать анамнез заболевания, уточнить социально-бытовые условия, наличие или отсутствие вредных привычек, аллергологический анамнез, выполнение рекомендаций пациентом, необходимо провести объективный осмотр, поставить диагноз и обосновать его, оценить данных дополнительных методов исследования (при наличии), назначить план обследования и лечения, в доступной форме разъяснить пациенту план лечения.

§ Задание 1. Заполните дневник посещения на дому, оформите необходимые документы (при необходимости – листок нетрудоспособности, льготные рецепты, организуйте обследования и консультации специалистов).

§ Задание 2. Заполните листок нетрудоспособности по заданию преподавателя.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Напишите, что такое трудоспособность.
- 2) Что такое нетрудоспособность?
- 3) Что значит ограничение трудоспособности?
- 4) Напишите, что такое утрата трудоспособности.
- 5) Напишите, чем временная утрата трудоспособности отличается от стойкой утраты трудоспособности.

Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 4

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Теоретически: Медико-социальная экспертиза

Классификации основных видов нарушений функций организма и степени их выраженности

Основные виды нарушений функций организма человека:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушения языковых и речевых функций: нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования;
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

- 1 степень - незначительные нарушения;
- 2 степень - умеренные нарушения;
- 3 степень - выраженные нарушения;
- 4 степень - значительно выраженные нарушения.

Основные категории жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

При работе с участковым терапевтом на амбулаторном приеме ознакомьтесь с основными разделами формы N 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь", с амбулаторной картой формы N 025/у пациента, направляемого на МСЭ.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) – один из видов медицинской экспертизы.

В соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию,

на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Стойкая нетрудоспособность или инвалидность является юридической категорией, так как инвалид приобретает определенные права:

- право ограничить или полностью прекратить профессиональную деятельность;
- право на пенсионное обеспечение или на полное государственное обеспечение;
- право направления на переобучение.

Установление стойкой нетрудоспособности (инвалидности) осуществляется путем проведения медико-социальной экспертизы.

В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается I, II или III группа инвалидности.

Направление на МСЭ оформляется в соответствии с формой N 088/у-06 "Направление на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь", утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 января 2007 г. №77 "Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь".

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на МСЭ

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
- благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза либо гражданин выписывается к занятию трудовой деятельностью;
- необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

Функции лечащего врача при экспертизе стойкой нетрудоспособности:

- 1) своевременно направляет пациента для консультации на врачебную комиссию (ВК);
- 2) выявляет признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности, своевременно организует направление пациента на ВК и медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК);
- 3) анализирует причины заболеваемости с ВН и первичного выхода на инвалидность.

§ Задание 1. Охарактеризуйте больных 1, 2, 3 группы инвалидности.

1 _____

2 _____

3 _____

§ Задание 2. Какие профили бюро МСЭ создаются в зависимости от уровня, структуры заболеваемости и инвалидности?

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

Преподаватель даст Вам клиническую задачу. В ходе ее решения нужно будет ответить на следующие вопросы:

- 1) Охарактеризуйте степень выраженности основных категорий жизнедеятельности конкретного пациента по задаче.
- 2) Обоснуйте направление пациента на МСЭ.
- 3) Предположите, какая группа инвалидности будет поставлена данному пациенту из задачи.
- 4) На какой срок будет определена группа инвалидности пациенту.
- 5) Выпишите листок нетрудоспособности при направлении на МСЭ для пациента из клинической задачи.

Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 5

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Теоретически:

Метаболический синдром в практике врача-терапевта

Метаболический синдром (МС) складывается из сочетания нескольких симптомов:

- ожирение при метаболическом синдроме носит абдоминальный характер (жир откладывается в области живота). Живот в таком случае сравнивают с яблоком (толстый живот и более-менее нормальные другие части тела);
- повышение уровня артериального давления выше 130/85 мм рт. ст. или прием гипотензивных препаратов. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее частых осложнений ожирения и встречается при этом заболевании в 40-60% случаев. Между ожирением и АГ существует патогенетическая связь. Ожирение предрасполагает к развитию артериальной гипертензии, а последняя способна вызывать снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и в последующем – ожирение;
- повышение сахара в крови выше 6,1 ммоль/л вследствие снижения чувствительности тканей организма к инсулину (веществу, отвечающему за усвоение сахара), сахарный диабет (СД) в анамнезе;
- нарушение холестеринового обмена, характерно повышение триглицеридов в крови;
- повышение уровня мочевой кислоты в крови, которое приводит к развитию подагры и мочекаменной болезни (МКБ);
- гепатоз – избыточное отложение жира в печени и ухудшение ее функции.

Опасность и коварство метаболического синдрома заключается в том, что, поражая около 40% людей самого трудоспособного возраста, синдром не имеет выраженных болезненных проявлений, влияющих на работоспособность. В то же самое время, МС является патологической платформой для развития таких тяжелых и опасных заболеваний, как атеросклероз, СД, гипертоническая болезнь.

§ Задание 1. Напишите, по каким признакам можно предположить наличие метаболического синдрома у пациента на первичном амбулаторном приеме:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

§ Задание 2. Назначьте обследования для уточнения диагноза пациенту, у которого выявлены признаки метаболического синдрома, укажите результаты, подтверждающие предварительный диагноз и занесите их в таблицу.

Таблица 5.1 – Обследование и лечение при метаболическом синдроме

Вид обследования	Результат

Лечение метаболического синдрома

Цель лечения метаболического синдрома: снижение количества его осложнений, снижение заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и смертности от них.

Основа лечения метаболического синдрома: снижение массы тела, снижение АД, коррекция углеводного и липидного спектров крови.

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 6

Посещение пациентов на дому

Теоретически: Вакцинация взрослого населения

Иммунопрофилактика

Как было раньше?

Именно инфекционные заболевания, наряду с насильственными причинами смерти (войны, убийства, природные катастрофы), приводили к тому, что:

- в средневековье средняя продолжительность жизни составляла чуть более 20 лет.
- в 18-19 вв. в Европе продолжительность жизни могла достичь 30 лет.
- к 1900г. – стала чуть более 45 лет.
- лишь к концу 20 века превысила 70 лет, оставаясь такой до нынешних времен.

Что теряло человечество?

- В период Первой мировой войны было убито более 8 миллионов человек, ранено более 17 миллионов человек, в то время как в период пандемии гриппа 1918 – 1919 года заболело более 100 млн. человек, умерло более 20 млн.
- Ежегодно умирает от инфекционной патологии более 12 млн. детей, 4 млн. – от инфекций, контролируемых вакцинами.

	Дифтерия • до введения обязательной вакцинации болели 10-20 % всех детей; • смертность от дифтерии без введения сыворотки составляет 50-60%
---	--

Рисунок 6.1 – Признаки дифтерии

	Столбняк Смертность от столбняка 90%. В странах, где не проводится массовая вакцинация, заболеваемость 50-60 человек на 100 тыс. населения. В странах, где проводится массовая вакцинация, заболеваемость 1 человек на 1млн.
---	---

Рисунок 6.2 – Признаки столбняка

Нормативные документы

- ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" от 17.09.1998 №157-ФЗ;
- ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 30.03.1999 №52-ФЗ;

- Приказ МЗ РФ от 27.06.2001 №229 (ред. от 09.04.2009) "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям" (с изменениями и дополнениями).

Вакцинация

Создание в организме человека активного иммунитета путем введения в организм живых, но ослабленных или убитых возбудителей инфекционных заболеваний или продуктов их обмена.

Для чего нужны прививки?

- Специфическая профилактика (т.е. защита от определенного возбудителя инфекционного заболевания).
- Вызывают активный иммунный ответ – обусловлен наличием в крови человека защитных антител и/или активных клеток Т-лимфоцитов, которые образуются самим организмом. Такой иммунитет сохраняется длительно. Иммунная система организма «обучается» борьбе с определенной инфекцией!

Создается иммунная прослойка (количественный показатель, представляющий собой выраженную в процентах долю населения, обладающую иммунитетом к определенной инфекционной болезни, снижается циркуляция возбудителей в популяции).

Порядок проведения вакцинации

- Вакцинация проводится по назначению врача.
- Перед вакцинацией – осмотр!!!
- После вакцинации в течение 30 минут пациент находится под медицинским наблюдением.
- Пациенту должна быть предоставлена полная информация о показаниях, противопоказаниях, возможных реакциях.
- Обязательно – информированное согласие (пациента, родителей).
- Отказ от вакцинации должен быть зафиксирован письменно.

Таблица 6.1 – Национальный календарь профилактических прививок России (Приказ МЗ РФ №51н от 31.01.2011)

Дети в 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети в 6 - 7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка
Дети в 7 лет	Ревакцинация против туберкулеза
Дети в 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка
	Третья ревакцинация против полиомиелита
	Ревакцинация против туберкулеза
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против туберкулеза
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 до 55 лет, не привитые ранее	Вакцинация против вирусного гепатита В
Дети от 1 года до 18 лет, девушки от 18 до 25 лет	Иммунизация против краснухи

Таблица 6.2 – Виды вакцинации в соответствии с календарем прививок

основные	по эпидемическим показаниям
гепатит В туберкулез коклюш дифтерия столбняк полиомиелит корь краснуха эпидемический паротит	туляремия чума бруцеллез сибирская язва бешенство лептоспироз клещевой энцефалит лихорадка Ку желтая лихорадка брюшной тиф менингококковая инфекция вирусный гепатит А холера грипп

Виды вакцин:

- 1)живые;
- 2)инактивированные;
- 3)рекомбинантные;
- 4)анатоксины.

Нормальные прививочные реакции

Общие реакции:

5 – 14 сутки после живых вакцинаций (возможно развитие характерных симптомов заболевания);

1 – 3 сутки после убитых вакцин, рекомбинантных вакцин и анатоксинов

Местные реакции (отек, гиперемия):

После любых вакцин – в 1-13 сутки

Длительность местных реакций – не более 3 суток

§ Задание №1. Заполните таблицу.

Таблица 6.3 – Реакция на введение вакцины

Степень	Общая реакция (t °C)	Местная реакция (отек и гиперемия)
Слабая		
Средняя		
Сильная		

§ Задание №2. Заполните таблицу.

Таблица 6.4 – Типы вакцин и примеры

Типы вакцин	Примеры (названия)
живые	
инактивированные	
рекомбинантные	
анатоксины	

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Укажите абсолютные противопоказания к проведению вакцинации.
- 2) Напишите относительные противопоказания к проведению вакцинации.
- 3) Кто отвечает за проведение вакцинации населения на терапевтическом участке?
- 4) Перечислите критерии эффективности проведения вакцинации.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 7

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Теоретически: Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение (СКЛ) – один из востребованных и эффективных направлений медицинской реабилитации. При функциональных нарушениях, используя методы санаторно-курортной терапии можно на ранних стадиях путем активации процессов адаптации организма не допустить развития заболеваний. При хронических формах заболевания СКЛ способствует восстановлению и компенсации нарушенных функций, замедляет прогрессирование заболевания, уменьшает число обострений, удлиняет период ремиссий.

В основе санаторно-курортной терапии лежит использование природных лечебных факторов, к которым относят климат, минеральные воды и лечебные грязи.

Отбор на санаторно-курортное лечение проводится в соответствии с **Приказом Минздрава России от 28.09.2020г. N1029н "Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»** (Зарегистрировано в Минюсте России 27 октября 2020 г. N 60589).

При направлении на санаторно-курортное лечение в соответствии с приказом МЗ и социального развития РФ от 22.11.2004г. № 256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» оформляются документы:

- Форма N 070/у-04 «Справка для получения путевки»
- Форма N 072/у-04 «Санаторно-курортная карта»

Для заполнения указанных документов необходимо изучить

Инструкцию по заполнению формы N 070/у-04 «Справка для получения путевки»

Инструкцию по заполнению формы N 072/у-04 «Санаторно-курортная карта»

Инструкцию по заполнению формы N 076/у-04 «Санаторно-курортная карта для детей»

Наименование медицинской организации _____	Приложение №11 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. №834н
Адрес _____	Код формы по ОКУД _____ Код организации по ОКПО _____ Медицинская документация Учетная форма № 070/у Утверждена приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. №834н

Справка № _____
для получения путевки на санаторно-курортное лечение*
« _____ » _____ 20 _____ года

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права на санаторно-курортное лечение.

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Пол: 1. Мужской ☐ 2. Женский ☐ 3. Дата рождения: _____

4. Место регистрации _____

5. Идентификационный номер в системе ОМС _____

6. Субъект Российской Федерации ☐ 7. Ближайший субъект Российской Федерации ☐
(код субъекта Российской Федерации) (код ближайшего субъекта Российской Федерации к месту проживания)

8. Климат в месте проживания ☐ 9. Климатические факторы в месте проживания ☐

10. Код льготы ☐ 11. Сопровождение** ☐

12. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер _____ Серия _____ Дата выдачи _____

13. СНИЛС _____

14. № медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
/№ медицинской карты стационарного больного _____

15. Диагноз заболевания, для лечения которого направляется в санаторно-курортную организацию _____
код по МКБ-10 _____

16. Связано ли с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга: 1 - да, 2 - нет

17. Заболевание, являющееся причиной инвалидности _____
код по МКБ-10 _____

18. Сопутствующие заболевания _____
код по МКБ-10 _____

Противопоказания для санаторно-курортного лечения
отсутствуют

19. Рекомендуемое лечение
1. В условиях пребывания в санаторно-курортной организации ☐ 2. Амбулаторно ☐

20. Предпочтительное место лечения _____
(указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

21. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима ☐ Весна ☐ Лето ☐ Осень ☐

22. Лечащий врач (врач-специалист) _____

23. Заведующий отделением (председатель врачебной комиссии) _____

М.П. _____

*Справка действительна в течение 12 месяцев.

** Заполняется, если больной относится к гражданам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III степени, и к детям-инвалидам

Рисунок 7.1 – Справка для получения путевки (форма 070/у-04)

Код	Перечень климатов в месте проживания	Код	Перечень климатических факторов в месте проживания
1	Влажный субтропический	1	Горный
2	Континентальный умеренных широт	2	Климат полупустынь
3	Морской	3	Климат пустынь
4	Муссонный умеренных широт	4	Лесной
5	Переходной морской - континентальный	5	Лесостепной
6	Резко континентальный умеренный	6	Морской
7	Средиземноморский	7	Предгорный
8	Субарктический	8	Приморский
9	Сухой субтропический	9	Степной

Код субъектов Российской Федерации

Код	Субъект Российской Федерации	Код	Субъект Российской Федерации	Код	Субъект Российской Федерации
01	Республика Адыгея	30	Астраханская область	59	Пермский край
02	Республика Башкортостан	31	Белгородская область	60	Псковская область
03	Республика Бурятия	32	Брянская область	61	Ростовская область
04	Республика Алтай	33	Владимирская область	62	Рязанская область
05	Республика Дагестан	34	Волгоградская область	63	Самарская область
06	Республика Ингушетия	35	Вологодская область	64	Саратовская область
07	Кабардино-Балкарская республика	36	Воронежская область	65	Сахалинская область
08	Республика Калмыкия	37	Ивановская область	66	Свердловская область
09	Карачаево-Черкесская республика	38	Иркутская область	67	Смоленская область
10	Республика Карелия	39	Калининградская область	68	Тамбовская область
11	Республика Коми	40	Калужская область	69	Тверская область
12	Республика Марий Эл	41	Камчатский край	70	Томская область
13	Республика Мордовия	42	Кемеровская область	71	Тульская область
14	Республика Саха (Якутия)	43	Кировская область	72	Тюменская область
15	Республика Северная Осетия - Алания	44	Костромская область	73	Ульяновская область
16	Республика Татарстан	45	Курганская область	74	Челябинская область
17	Республика Тыва	46	Курская область	75	Забайкальский край
18	Удмуртская республика	47	Ленинградская область	76	Ярославская область
19	Республика Хакасия	48	Липецкая область	77	г. Москва
20	Чеченская республика	49	Магаданская область	78	г. Санкт-Петербург
21	Чувашская республика	50	Московская область	79	Еврейская автономная область
22	Алтайский край	51	Мурманская область	80	Ненецкий авт. округ
23	Краснодарский край	52	Нижегородская область	81	Республика Крым
24	Красноярский край	53	Новгородская область	82	г. Севастополь
25	Приморский край	54	Новосибирская область	83	Ханты-Мансийский авт. округ
26	Ставропольский край	55	Омская область	84	Чукотский авт. округ
27	Хабаровский край	56	Оренбургская область	85	Ямало-Ненецкий авт. округ
28	Амурская область	57	Орловская область		
29	Архангельская область	58	Пензенская область		

Код	Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг*	Код	Перечень категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг*
01	Инвалиды войны		действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале ВОВ в портах других государств
02	Участники Великой Отечественной войны (далее - ВОВ)		
03	Ветераны боевых действий		
04	Военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее 6 месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период	07	Члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в ВОВ лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной ПВО, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда
05	Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»	08	Инвалиды
06	Лица, работавшие в период ВОВ на объектах противовоздушной обороны (далее - ПВО), местной ПВО, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон	09	Дети-инвалиды

Рисунок 7.2 – Справка для получения путевки (форма 070/у-04) (оборотная сторона)

Отбор и направление на санаторно-курортное лечение

При наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний пациенту выдается на руки «Справка для получения путевки» (ф.070/у-04) с рекомендацией СКЛ, о чем лечащий врач делает соответствующую запись в «Медицинской карте амбулаторного больного» (срок действия справки 6 мес.).

Получив путевку, больной обязан не ранее, чем за 2 мес. до начала срока действия явиться к лечащему врачу с целью проведения дополнительного обследования, лечащий врач организует необходимое обследование и при наличии медицинских показаний для данного курорта выдает «Санаторно-курортную карту».

Перечень диагностических исследований и консультаций специалистов, результаты которых необходимо отразить в санаторно-курортной карте:

- клинический анализ крови и анализ мочи;
- электрокардиографическое обследование;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография);
- при заболеваниях органов пищеварения – их рентгеноскопическое исследование (если с момента последнего рентгенологического обследования прошло более 6 месяцев), УЗИ или эндоскопия;
- в необходимых случаях проводятся дополнительные исследования: определение остаточного азота крови, исследование глазного дна, печеночные, аллергологические пробы;
- при направлении на СКЛ женщин по поводу любого заболевания обязательно заключение акушера-гинеколога, а для беременных – дополнительно обменная карта;
- справка-заключение психоневрологического диспансера при наличии в анамнезе больного нервно-психических расстройств;
- при основном или сопутствующих заболеваниях (урологических, кожи, крови, глаз и др.) – заключение соответствующих специалистов.

Виды санаториев (курортов):

1)Климатолечебные курорты

- Основными методами лечения являются аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия.
- Лечебно-профилактическое воздействие климата на организм человека обусловлено рядом природных факторов, главное из которых положение местности над уровнем моря, степень удаленности от моря, атмосферное давление, температура, циркуляция и влажность воздуха, количество осадков, интенсивность солнечной радиации.

2)Бальнеологические курорты

- Основной метод лечения – бальнеотерапия – лечение минеральными водами различных типов (углекислыми, щелочными, железистыми, радоновыми), которые образуются в недрах земли под влиянием различных геологических процессов.
- Это эффективное лечение основано на благоприятном влиянии на организм растворенных в воде газов и солей. Основными бальнеотерапевтическими процедурами являются общие и местные ванны, купания в лечебных бассейнах, питье минеральных вод, промывания – орошения кишечника, ингаляции.

3)Грязелечебные курорты

- Грязелечение (пелоидотерапия) – метод физиотерапии с использованием пелоидов (лечебных грязей).
- Основным лечебным фактором являются грязи различных типов: торфяные, сапропели (иловые отложения пресных водоемов), сульфидные (иловые отложения минеральных озер, лиманов, морских заливов), сопочные (продукт грязевых вулканов).



Рисунок 7.3 – Грязелечение

§ Задание 1. Заполните справку для получения путевки.

§ Задание 2. Заполните санаторно-курортную карту.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Заполните таблицу. Укажите лечебные факторы, показанные при тех или иных заболеваниях, а также санаторно-курортные учреждения, в которых эти факторы используются.

Таблица 7.1 – Лечебные факторы при разных группах заболеваний

Группы заболеваний	Лечебные факторы	Санатории
Заболевания сердечно-сосудистой системы		
Облитерирующие болезни сосудов		
Болезни органов пищеварения		
Болезни почек и мочевыводящих путей		
Болезни обмена веществ и эндокринных желез		
Болезни органов дыхания нетуберкулезного характера		
Болезни суставов, костей и мышц		

2) Перечислите противопоказания для санаторно-курортного лечения.

3) Выпишите рецепты на 4 лекарственных препарата по МНН, которые Вам задаст преподаватель.

4) Беременность и санаторно-курортное лечение. Дайте рекомендации пациенту.

5) Напишите, какой срок годности справки 070/у и 072/у.

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 8

Диагностика и лечение инфекций

мочевыводящих путей в амбулаторной практике

Термин «инфекция мочевыводящих путей» (ИМВП) применяется в случаях, когда инфекция мочевыделительной системы присутствует, но нет признаков поражения почечной паренхимы.

Классификация ИМВП Европейской ассоциации урологов (EAU, 2016) включает:

- неосложненные ИМВП (острый, эпизодический или рецидивирующий цистит; пиелонефрит у небеременных женщин репродуктивного возраста без анатомических и функциональных нарушений);
- осложненные ИМВП (у пациентов с повышенным риском осложненного течения: мужчины, беременные женщины, пациенты с анатомическими или функциональными нарушениями мочевого тракта, постоянными мочевыми катетерами, заболеваниями почек и/или другими сопутствующими иммунодефицитными состояниями (например, диабет);
- рецидивирующие ИМВП (рецидивы неосложненных и/или осложненных ИМВП с частотой по меньшей мере 3 ИМВП в год или 2 ИМВП за последние 6 мес);
- катетер-ассоциированные ИМВП (возникают у пациентов, подвергающихся катетеризации или имеющих катетер в течение последних 48 ч);
- уросепсис (системный ответ организма на инфекцию, происходящую из мочевыводящих путей и/или мужских половых органов). Уросепсис сопровождается признаками системного воспаления, дисфункции органов.

Отдельно выделяют бессимптомную бактериурию. В амбулаторной практике наиболее часто приходится встречаться с бессимптомной бактериурией, циститом и пиелонефритом.

Цистит – инфекционно-воспалительный процесс в стенке мочевого пузыря, локализующийся преимущественно в слизистой оболочке.

Возбудители цистита: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Proteus mirabilis*. Также встречаются циститы, вызванные возбудителями инфекции, передающейся половым путем (ИПП) (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз, гонорея). Причиной хронического цистита могут быть микобактерии туберкулеза, бледная трепонема.

Передачи инфекции: восходящий (более распространенный), нисходящий, гематогенный, лимфогенный и контактный.

Факторы риска: переохлаждение, гиповитаминоз, хроническое переутомление, гиподинамия, несоблюдение норм личной гигиены, беспорядочная половая жизнь, вторичный иммунодефицит, гормональные нарушения, анатомические аномалии, оперативные вмешательства.

Основные симптомы цистита: учащенное мочеиспускание, жжение в уретре во время и в конце мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, боль над лоном, пиурия (лейкоцитурия). Температура тела нормальная (редко субфебрильная).

Симптомы могут проходить без лечения или при приеме фитопрепаратов, быстро купируются на фоне антибактериальной терапии, однако если признаки острого цистита сохраняются в течение 6–8 суток и более, это может свидетельствовать о наличии сопутствующего заболевания, поддерживающего воспалительный процесс. В этом случае необходимо дополнительное обследование. В связи с тем, что возбудитель инфекции в мочевой пузырь женщины часто попадают из влагалища, рекомендуется осмотр гинеколога.

Лабораторная диагностика цистита:

- общий анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование мочи (по показаниям);
- исследование микрофлоры влагалища на дисбактериоз;

- обследование на инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гоноррея, трихомоноз);

Инструментальная диагностика цистита:

- УЗИ органов малого таза;
- УЗИ мочевого пузыря с целью дифференциальная диагностика (исключение опухоли мочевого пузыря, камня предпузырного или интрамурального отдела мочеточника, выявление остаточной мочи (например, при пролапсе тазовых органов у женщин), склеротических изменениях в шейке мочевого пузыря, псевдополипов). При цистите можно увидеть утолщенную, отечную слизистую оболочку мочевого пузыря (в норме – 0,3–0,5 см и одинакова во всех отделах);
- цистоскопию при остром цистите не проводят – во избежание обострения. При хроническом цистите при цистоскопии выявляется отек, гиперемия, кровоточивость, неровность слизистой с локальными утолщениями, участки, покрытые фибринозно-гнойными пленками, изъязвлениями.

Критерием выбора длительности антибактериальной терапии является наличие или отсутствие факторов риска рецидива (беременность, длительность симптомов цистита более 7 суток, сахарный диабет, рецидив инфекции, первый эпизод ИМВП в возрасте младше 15 лет). При их отсутствии лечение проводят 3- и 7-дневными курсами.

Препараты выбора при эмпирической терапии – фосфомицина трометамол 3 г однократно; фуразидина калиевая соль с карбонатом магния по 100 мг 3 раза/сут 5 дней. Альтернативные препараты: офлоксацин внутрь 200 мг 2 раза/сут 3 дня, или ципрофлоксацин внутрь 500 мг 2 раза/сут 3 дня, или левофлоксацин внутрь 500 мг 1 раз/сут 3 дня.

Пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, характеризующийся одновременным или последовательным поражением чашечно-лоханочной системы и паренхимы почек (преимущественно интерстициальная ткань).

Возбудители пиелонефрита: различны (бактерии, вирусы, грибы, простейшие), но чаще всего - кишечная палочка (от 80 до 90%), энтерококки, протей, стафилококки и стрептококки. Отдельно выделяют группу уреазопродуцирующих бактерий (*Ureaplasma* spp., *Proteus* spp., *Klebsiella* spp. и др.). Уреаза расщепляет мочевины на углекислый газ и аммиак (обладающий резким характерным запахом «тухлой рыбы») - это приводит к ощелачиванию мочи и образованию фосфатных камней (струвитов или трипельфосфатов) с формированием коралловидных камней.

Основные пути распространения: урогенный (восходящий), т.е. проникающий из уретры и мочевого пузыря через мочеточник в лоханку, и реже – гематогенный (тонзиллит).

Выделяют острый и хронический пиелонефрит, а также осложненный и неосложненный.

Острый пиелонефрит

Местная симптоматика: боли в поясничной области на стороне поражения. При необструктивных пиелонефритах тупые, ноющего характера, могут быть незначительными или достигать высокой интенсивности, принимать приступообразный характер (например, при обструкции мочеточника камнем). Дизурические явления не характерны, но могут иметь место при уретрите и цистите, приведших к развитию восходящего пиелонефрита.

Общая симптоматика: интоксикационный синдром: лихорадка (38—40°C), ознобы, артралгии, миалгии, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота.

Хронический пиелонефрит вне обострения протекает мало- или бессимптомно. В период обострения: общие и местные клинические

проявления, как при остром пиелонефрите, но менее интенсивные. Боль в поясничной области – наиболее частая жалоба, выраженность ее варьирует от дискомфорта до сильной боли при рецидиве. Характерна асимметрия болевых ощущений.

У лиц пожилого и старческого возраста часто развивается атипичная клиническая картина либо со стёртой клиникой, либо с выраженными общими проявлениями и отсутствием местной симптоматики.

§ Задание №1. Заполните таблицы.

Таблица 8.1 – Лабораторные методы исследования диагностики острого пиелонефрита

Метод обследований	Цель назначения/ожидаемые изменения
Общий анализ крови	
Биохимический анализ крови	
Общий анализ мочи	
Анализ мочи по Нечипоренко	
Анализ мочи по Зимницкому	
Проба Томпсона	
Культуральное исследование мочи	
Исследование крови на стерильность	

Таблица 8.2. – Инструментальные исследования диагностики острого пиелонефрита

Метод обследований	Цель назначения/ожидаемые изменения
УЗИ почек	
Обзорная экскреторная урография	

Цистография	
Радионуклидные методы исследования (нефросцинтиграфия, непрямо́ная ангиография, ренография)	
Компьютерная томография (магнитно-резонансная томография) почек	

§ Задание 2. Заполните пропуски в предложениях и пустые графы. У пациента острый неосложнённый пиелонефрит нетяжелого течения.

Если острый пиелонефрит выявлен впервые в жизни, больной обратился из дома и не получал ранее антибактериальные препараты, то рекомендовано предположить, что возбудитель заболевания — _____		
В качестве терапии первой линии используются препараты группы - _____		
Наименование препарата	Доза	Длительность применения
В качестве альтернативы препараты группы - _____		
Наименование препарата	Доза	Длительность применения
В регионах с высоким уровнем распространения фторхинолонрезистентных и продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС) штаммов E. coli (> 10%), рекомендуется начальная эмпирическая терапия _____ или _____		
Наименование препарата	Доза	Длительность применения

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Перечислите немедикаментозные методы лечения инфекции мочевыводящих путей.

2) Критерии установки диагноза бессимптомной бактериурии (согласно рекомендациям IDSA).

3) Группы, при которых рекомендованы скрининг и лечение бессимптомной бактериурии.

4) Диспансерное наблюдение пациентов с инфекциями мочевыводящих путей.

5) Методы профилактики инфекции мочевыводящих путей.

Домашняя работа

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal black lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The background is a solid off-white color.

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 9

Тревожно-депрессивные расстройства в практике участкового терапевта. Генерализованные тревожные расстройства. Панические атаки. Депрессия

Тревога – отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределённости, ожидание негативных событий, трудноопределимые предчувствия. В отличие от причин страха, причины тревоги обычно не осознаются, но она предотвращает участие человека в потенциально вредном поведении, или побуждает его к действиям по повышению вероятности благополучного исхода событий.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно каким-либо особыми окружающими обстоятельствами («свободно плавающая тревога»). Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением (повторное возникновение клинических проявлений) и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску. Длительность тревожного состояния составляет как минимум 6 месяцев, не поддается сознательному контролю, то есть ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями, при этом интенсивность тревожных переживаний несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента.

Среди факторов риска появления ГТР выделяют:

- **личностные особенности** – осторожное поведение в незнакомой ситуации, негативная аффективность (тревога, депрессия и другие отрицательные эмоции - страх, печаль, чувство вины) и повышенная настороженность, избегание возможного реального или воображаемого вреда, относятся к факторам, ассоциированным с ГТР;

- **социальные факторы** – хотя среди пациентов с ГТР чаще встречается воспитание по типу гиперпротекции (чрезмерная забота о детях) или психотравмирующие воздействия в детском возрасте, на сегодня не выделен специфический психосоциальный фактор, имеющий связь с манифестацией ГТР;
- **генетические и физиологические факторы** – ГТР относится к полигенным мультифакторным заболеваниям. Роль генетических факторов для ГТР составляет порядка 30%, однако эти же генетические факторы определяют негативную аффективность и влияют на манифестацию других аффективных расстройств (расстройств настроения), в особенности депрессивного. Считается, что генетический риск для женщин в два раза больше, чем для мужчин.

Классификация ГТР:

- хроническое генерализованное расстройство;
- рекуррентное генерализованное расстройство.

Клиническая картина генерализованной тревоги:

- длится не менее 6 месяцев;
- захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности;
- направлена преимущественно на предстоящие события;
- не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями;
- несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента;
- нередко сопровождается переживаниями чувства вины.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию пациентов с ГТР:

- 1) выраженная тревога, требующая подбора фармакотерапии в стационаре;
- 2) наличие коморбидных психических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;

- 3) наличие коморбидных соматических расстройств, требующих подбора медикаментозной терапии в стационаре;
- 4) выраженные фобические состояния с ограничительным поведением (внезапный интенсивный страх, устойчиво возникающий в связи с определенными объектами, действиями или ситуациями в сочетании с избеганием пугающих ситуаций и тревогой ожидания);
- 5) плохая переносимость медикаментозной терапии.

Паническая атака (ПА) – очерченный кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом, достигающий максимума в течение нескольких минут, сопровождающийся беспокойством и/или страхом смерти или потери контроля в сочетании с выраженными соматовегетативными нарушениями.

Паническое расстройство (ПР) (эпизодическая пароксизмальная тревога) – одно из наиболее распространенных психических расстройств, которое проявляется повторными паническими атаками, часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется антиципационная тревога, т.е. страх ожидания приступа.

Ключевым отличием ПР от изолированных ПА является формирование страха ожидания новой ПА и, как следствие, охранительного поведения, то есть избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала ПА (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.).

Характерные клинические проявления при паническом расстройстве:

1) приступы характеризуются:

- дискретностью эпизодов;
- наличием интенсивного страха или дискомфорта;
- внезапностью появления приступа;
- нарастание максимума в течение нескольких минут;

- продолжительность по меньшей мере несколько минут.

2) вегетативные нарушения:

- усиление или учащение сердцебиения;
- потливость;
- дрожание или тремор;
- сухость во рту;
- затруднение дыхания, чувство удушья;
- боль или дискомфорт в грудной клетке;
- тошнота или дискомфорт в животе;
- приливы или чувство озноба;
- онемение или ощущение покалывания.

3) психическое состояние:

- чувство головокружения, неустойчивости, ощущения «предобморочного состояния»;
- ощущение, что предметы нереальны (дереализация), или что собственное «Я» отделилось или «находится не здесь» (деперсонализация);
- часто присутствуют «вторичные фобии»: страх умереть, потерять контроль над собой или сойти с ума, страх катастрофы с сердцем, инфаркта, инсульта, падения, неловкой ситуации;
- возможны также дисфорические проявления: раздражительность, обидчивость, агрессия;
- встречаются депрессивные состояния с тоской, подавленностью, безысходностью, жалостью к себе;
- могут развиваться истерические (преимущественно конверсионные) расстройства при приступах: «чувство кома в горле», афония, амавроз, мутизм, онемение или слабость в конечностях; также отмечаются атаксия и вытягивание, «выворачивание», «скрючивание» рук.

Депрессивный эпизод (ДЭ) – аффективное расстройство, характеризующееся в типичных случаях снижением настроения, утратой

интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии.

К другим симптомам относятся:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе;
- идеи виновности и уничижения (даже при легком типе эпизода);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид;
- нарушенный сон;
- сниженный аппетит.

Рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – аффективное расстройство, характеризующееся повторными эпизодами депрессий, без анамнестических данных об отдельных эпизодах приподнятого настроения, гиперактивности, которые могли отвечать критериям гипоманиакального, маниакального или смешанного аффективного эпизода.

Диагностические критерии ДЭ включают:

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой;
- снижение настроения преобладает почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее двух недель вне зависимости от ситуации;
- сниженное настроение;
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;
- снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы ДЭ:

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

- снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;
- идеи виновности и уничтожения (даже при легких депрессиях);
- мрачное и пессимистическое видение будущего;
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;
- нарушенный сон;
- нарушенный аппетит.

При ДЭ в анамнезе пациента не выявлено маниакальных/гипоманиакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального эпизода. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивных веществ или органическому психическому расстройству.

Лечение пациентов с депрессивным эпизодом умеренной степени у одиноких больных, проживающих отдельно от родственников, с учетом высокого риска резкого изменения состояния и появления суицидальных мыслей, рекомендовано проводить в условиях психиатрического стационара или полустационара. При РДР рекомендуется непрерывное длительное (не менее 3-5 лет) применение психофармакотерапии с использованием доз препаратов, оказавшихся эффективными в период купирования депрессивной фазы и стабилизации состояния.

Таблица 9.1 – Шкала тревоги А. Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI)

№	Симптом	Симптом не беспокоил	Слегка. Не слишком меня беспо- коил	Умеренно. Это было неприятно, но я мог это переносить	Очень сильно. Я с трудом мог это переносить
		0	1	2	3
1.	Ощущение онемения или покалывания в теле				
2.	Ощущение жары				
3.	Дрожь в ногах				
4.	Неспособность расслабиться				
5.	Страх, что произойдет самое плохое				
6.	Головокружение или ощущение легкости в голове				
7.	Ускоренное сердцебиение				
8.	Неустойчивость				
9.	Ощущение ужаса				
10.	Нервозность				
11.	Дрожь в руках				
12.	Ощущение удушья				
13.	Шаткость походки				
14.	Страх утраты контроля				
15.	Затрудненность дыхания				
16.	Страх смерти				
17.	Испуг				
18.	Желудочно-кишечные расстройства				
19.	Обмороки				
20.	Приливы крови к лицу				
21.	Усиление потоотделения (не связанное с жарой)				

Инструкция для шкалы тревоги Бека: пожалуйста, отметьте, насколько Вас беспокоил каждый из этих симптомов в течение последней недели, включая сегодняшний день, поставив крестик в соответствующей колонке справа.

Интерпретация для шкалы тревоги Бека:

Подсчёт производится простым суммированием баллов по всем пунктам шкалы BAI.

Значения от 0 до 9 баллов свидетельствует об отсутствии тревоги.

Значения от 10 до 21 балла – о незначительном уровне тревоги.

Значения от 22 до 35 баллов – о средней выраженности тревоги.

Значения от 36 до 63 баллов – об очень высокой тревоге.

Скрининговый опросник для выявления панических атак (Panic Screening Questions):

1. Вопрос о наличии приступов тревоги (варианты ответа «Да» или «Нет»):

а) испытывали ли Вы приступы (атаки) внезапной тревоги, страха или ужаса в течение последних 4 месяцев?

(при ответе "да" продолжайте отвечать на вопросы).

б) были ли у Вас подобные приступы когда-нибудь прежде?

с) возникают ли некоторые из этих приступов неожиданно, вне связи с определенной ситуацией, где бы Вы ощущали беспокойство или дискомфорт?

д) есть ли у Вас боязнь приступа или его последствий?

2. Во время Вашего последнего приступа (атаки) Вы испытывали: (отвечайте "Да", "Нет")

а) поверхностное, учащенное дыхание;

б) сердцебиение, пульсацию, перебои в работе сердца или ощущение его остановки;

с) боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;

д) потливость;

е) ощущение нехватки воздуха, одышку;

ф) волны жара или холода;

г) тошнота, дискомфорт в желудке, диарея или позывы к ней;

h) головокружение, неустойчивость, «туман в голове» или предобморочное состояние;

і) ощущения покалывания или онемения в теле или конечностях;

ј) дрожание в теле, конечностях, подергивания или стягивание тела (конечностей);

к) страх смерти или необратимых последствий приступа?

Интерпретация:

При ответе пациента на вопросы пункта 1 а-d "Да" и на 4 любых вопроса пункта 2 а-k "Да" можно предполагать наличие ПР.

Для оценки тревоги и депрессии также используют шкалу Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (приложении 4).

Рекомендации по применению госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS:

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

- подшкала А – «тревога»: нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- подшкала D – «депрессия»: четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность).

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (А и D), при этом выделяются 3 области значений:

- 0-7 баллов – норма;
- 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

§ Задание 1. Дайте определение перечисленным терминам.

Агорафобия –

Верминофобия –

Сенестопатия –

Танатофобия –

Фобобфобия –

Ипохондрия –

§ Задание 2. Заполните таблицу.

Таблица 9.2 – Лекарственные препараты для терапии ГТР, ПР и депрессии

Лекарственный препарат (торговое название)	МНН	Группа	Доза	Кратность приема

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1)Напишите, какие соматические заболевания наиболее часто встречаются у пациентов с тревожными расстройствами.
- 2)Перечислите вегетативные симптомы, характерные для ГТР.
- 3)Напишите, с какими заболеваниями следует дифференцировать ГТР.

5)Опишите основной патогенетический механизм моноаминовой теории депрессии.

[illegible]

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

6 курс 12 семестр

Занятие 10

Полиморбидность в практике участкового терапевта

Полиморбидность (коморбидность) – сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, взаимосвязанных между собой общей этиологией и патогенезом или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них.

Популярный в последние годы термин **«полиморбидность»** был предложен, чтобы подчеркнуть ориентацию на пациента с множественными хроническими состояниями, при этом одно заболевание не обязательно более значимое, чем другие. Коморбидность обычно предполагает взаимодействие нескольких заболеваний, одно из которых является основным, в то же время полиморбидность предполагает наличие двух или более заболеваний, которые могут и не находиться в причинно-следственной связи. Следовательно, полиморбидность - это более широкое понятие, ориентированное на весь комплекс заболеваний пациента, а не на одно «основное» заболевание.

Распространенность полиморбидности значительно возрастает с возрастом, но не ограничивается только пожилыми лицами. Наличие у пациентов нескольких хронических заболеваний связано с более высокими показателями смертности и инвалидности, с побочными эффектами лечения, а также с более низким качеством жизни. У пациентов с полиморбидностью чаще наблюдается увеличение тяжести течения заболеваний и резистентности к стандартной терапии.

Факторы риска полиморбидности:

- женский пол
- ожирение
- низкий социально-экономический статус
- более низкий уровень образования

Основные причины развития полиморбидных заболеваний:

- **внутренние причины:** генетическая предрасположенность, сходный этиопатогенез ряда заболеваний, роль одной болезни как фактора риска другой болезни и причина патоморфоза сопутствующей патологии, единые инволютивные изменения в органах и тканях.
- **внешние причины:** состояние экологии, сходный образ жизни и социально-психологический статус, единый антигенный состав микробиома пациента, лекарственная полиморбидность.

Выделяют три формы взаимовлияния заболеваний друг на друга:

- **синтропия** (“взаимное притяжение”) – сочетание двух и более патологических состояний с общими этиопатогенетическими механизмами;
- **дистропия** (“взаимное отталкивание”) – невозможность сочетания болезней;
- **нейтропия** (“нейтральное состояние”, хронологическая полиморбидность) - случайное сочетание болезней.

«Каскад назначений» – побочные эффекты лекарственного препарата (ЛП) принимаются за новое заболевание, что приводит к дополнительным назначениям.

«Терапевтическая конкуренция» лекарственных препаратов предполагает, что назначение медикаментозного средства для одного заболевания может быть несовместимо с терапией коморбидного заболевания и/или ухудшить его течение.

Сердечно-сосудистый континуум – последовательность событий, которые начинаются с сердечно-сосудистых факторов риска (ФР), включающих сахарный диабет (СД), дислипотеинемия (ДЛП), АГ, курение и висцеральное ожирение, приводящих к прогрессированию атеросклероза, возникновению ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), гипертрофии и дилатация левого желудочка (ЛЖ), что в конечном итоге

приводит к диастолической и/или систолической дисфункции ЛЖ, хронической сердечной недостаточности (ХСН) и смерти.

Повышение систолического артериального давления (САД) на каждые 10 мм рт. ст. увеличивает развитие умеренных когнитивных нарушений (КН) на 7%, тяжелых - на 9%. Наличие АГ сопряжено с риском возникновения острого нарушения мозгового кровообращения, это, в свою очередь, увеличивает риск возникновения деменции в 5-9 раз. Для КН у больных АГ характерно ухудшение памяти и внимания, замедление мышления, снижение инициативы, активности, настроения, нарушение ориентировки, возможны возбуждение и агрессивность, или, реже, апатия и депрессия.

Таблица 10.1 – Критерии диагностики метаболического синдрома

ОСНОВНОЙ КРИТЕРИЙ	
Центральное ожирение (абдоминальное ожирение)	ОТ >80 см у женщин и >94 см у мужчин
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ:	
АГ	АД >140/90 мм рт.ст.
Повышение уровня ТГ	>1,7 ммоль/л
Снижение концентрации ХС ЛВП	<1,0 ммоль/л у мужчин; <1,2 ммоль/л у женщин
Повышение концентрации ХС ЛНП	>3,0 ммоль/л
Гипергликемия натощак	глюкоза в плазме крови натощак >6,1 ммоль/л
Нарушение толерантности к глюкозе	глюкоза в плазме крови через 2 часа после теста толерантности к глюкозе в пределах >7,8 и <11,1 ммоль/л

Примечание. АГ – артериальная гипертензия; АД – артериальное давление; ОТ – окружность талии, ТГ – триглицериды; ХС ЛВП – холестерин липопротеинов высокой плотности; ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности.

Наличие у пациента абдоминального ожирения и двух из дополнительных критериев служит основанием для диагностики метаболического синдрома (МС).

Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Основные диабетические макроангиопатии:

- ИБС;
- Цереброваскулярные заболевания;
- Заболевания артерий нижних конечностей.

У пациентов с СД 2 типа выделяют следующие основные варианты АГ:

- гипертоническая болезнь (ГБ): 30-35%
- изолированная систолическая гипертензия: 40-45%
- АГ на фоне диабетической нефропатии: 15-20%
- реноваскулярная гипертензия: 5-10%
- наличие сочетанной эндокринной патологии: 1-3%

Клинические особенности ИБС при СД:

- высокая частота безболевых (“немых”) форм ИБС и ИМ;
- высокий риск “внезапной смерти”;
- высокая частота развития постинфарктных осложнений (кардиогенного шока, ХСН, нарушений сердечного ритма).

Старческая астения (англ. frailty - хрупкость) — ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого являются общая слабость, медлительность и/или непреднамеренная потеря веса. Синдром старческой астении сопровождается снижением физической и функциональной активности, адаптационного, восстановительного резерва организма. Развитие и прогрессирование старческой астении повышает риск возникновения зависимости от посторонней помощи и ухудшает прогноз пациента. Полиморбидность может ускорять развитие старческой астении и ее прогрессирование.

Индекс коморбидности Charlson, был предложен для оценки отдаленного прогноза полиморбидных больных. При его расчете суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям, а также добавляется

один балл на каждые десять лет жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста. С помощью индекса коморбидности Charlson возможно оценить смертность больных, которая при отсутствии полиморбидности составляет 12%, при 1-2 баллах – 26%, при 3-4 баллах – 52%, а при сумме более 5 баллов – 85%.

Таблица 10.2 – Индекс коморбидности Charlson

Заболевание	Балл
ИМ	1
СН	1
Поражение периферических сосудов	1
Транзиторное нарушение мозгового кровообращения	1
ОНМК с минимальными остаточными явлениями	1
Деменция	1
Бронхиальная астма	1
ХОБЛ	1
Диффузные заболевания соединительной ткани, васкулиты	1
Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки	1
Цирроз печени без портальной гипертензии	1
Сахарный диабет без поражения органов или конечностей	1
ОНМК с гемиплегией или параплегией	2
Хроническая почечная недостаточность с уровнем креатинина более 265 мкмоль/л	2
СД с поражением органов или конечностей	2
Злокачественные опухоли без метастазов	2
Острые и хронические лейкозы	2
Лимфомы	2
Цирроз печени с портальной гипертензией	3
Злокачественные опухоли с метастазами	6
Синдром приобретенного иммунодефицита	6

Согласно списку **FORTA (Fit for The Aged)** – системы классификации лекарств, разработанной для повышения качества лечения при полипрагмазии у пожилых людей, и основанной на принципах доказательной медицины с учетом

данных, полученных в реальной практике, все лекарственные препараты (ЛП) делятся на 4 группы:

- класс А (**Absolutely**) – обязательный (рекомендуемый) ЛП, четкое преимущество при определении соотношения эффективность/безопасность, является доказанным у пожилых пациентов при данном показании;
- класс В (**Beneficial**) – ЛП с доказанной или очевидной эффективностью у пожилых людей, но имеющие некоторые ограничения при оценке эффективности или безопасности;
- класс С (**Careful**) – ЛП с сомнительным профилем эффективности/безопасности, их следует избегать или исключать из листа назначения при наличии слишком большого числа лекарств из-за отсутствия преимуществ или возможных побочных эффектов; рекомендовано рассмотреть альтернативу;
- класс D (**Don't**) – ЛП, назначения которых следует избегать у пожилых, в первую очередь исключать из листа назначений, рассмотреть альтернативу.

Классификатор лекарственных препаратов для пожилых пациентов по FORTA

Таблица 10.3 – ЛП для лечения АГ у пожилых пациентов

ЛП	Код
Блокаторы рецепторов ангиотензина II	A
иАПФ	A
Антагонисты кальция	A
Бета-адреноблокаторы, кроме атенолола	B
Диуретики	B
α -блокаторы	C
Моксонидин	C
Клофелин	D
Атенолол	D

Таблица 10.4 – ЛП для лечения ФП у пожилых пациентов

ЛП	Код
Бета-адреноблокаторы	A
Апиксабан	A
Ривароксабан	B
Дабигатран	B
Варфарин	B
Аценокумарол	C
Дигоксин	C
Амиодарон	C
Антиаритмики I-III класса	D
Верапамил	D

Таблица 10.5 – ЛП для лечения СН у пожилых пациентов

ЛП	Код
Ингибиторы АПФ	A
Блокаторы рецепторов ангиотензина II	A
Сакубитрил/ Валсартан	A
Бета-адреноблокаторы (метопролол, карведилол, бисопролол)	A
Диуретики	B
Спиринолактон	C
Дигоксин	C
Ивабрадин	C

§ Задание 1. Выберите из предложенных вариантов известные примеры полиморбидности:

1. Болезнь Альцгеймера часто сочетается с:

- а) остеопорозом
- б) ХСН
- в) сахарным диабетом
- г) хронической болезнью почек
- д) ХОБЛ

2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) ассоциируется с:

- а) гастродуоденальной патологией
- б) атеросклерозом
- в) остеопорозом
- г) хронической болезнью почек
- д) раком легких

3. Среди пациентов, страдающих эпилепсией, чаще встречаются заболевания:

- а) кишечника
- б) подагра
- в) ХОБЛ
- г) сахарный диабет
- д) заболевания сердечно-сосудистой системы

§ Задание 2. Заполните таблицу.

Таблица 10.6 – ЛП для плановой терапии АГ у пожилых полиморбидных пациентов

ЛП (торговое название)	МНН	Группа	Доза	Кратность приема

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Перечислите основные биологические факторы, связывающие процесс старения с полиморбидностью.
- 2) Дайте определение полипрагмазии.
- 3) Приведите примеры «каскада» лекарственных назначений.
- 4) Приведите примеры «терапевтической конкуренции» лекарственных препаратов.
- 5) Напишите, в чем заключается «принцип Ариадны» у пациентов с полиморбидностью.

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 11

Ортостатическая гипотензия в практике участкового терапевта

Ортостатическая гипотензия (ОГ) – снижение систолического артериального давления (АД) на 20 мм рт.ст., а диастолического АД на 10 мм рт.ст. или более в течение нескольких минут после перехода пациента из горизонтального в вертикальное положение.

Патофизиология

В норме гравитационный стресс из-за быстрого вставания приводит к перемещению некоторого объема крови (от 0,5 до 1 л) в вены нижних конечностей и туловища. Последующее преходящее снижение венозного возврата уменьшает сердечный выброс и, следовательно, АД. Проявлениями могут быть признаки снижения кровоснабжения мозга.

Барорецепторы дуги аорты и каротидной зоны реагируют на артериальную гипотензию активацией вегетативных рефлексов, направленных на восстановление артериального давления.

Симпатическая нервная система повышает частоту сердечных сокращений (ЧСС) и сократимость миокарда. Затем повышается тонус накопительных вен. Одновременно к увеличению ЧСС приводит торможение парасимпатических реакций. Если пациент продолжает стоять, происходят активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и секреция антидиуретического гормона, следствием чего происходит задержка ионов натрия и воды, увеличивается объем циркулирующей крови.

Классификация ОГ

Этиологическая классификация ОГ:

- нейрогенные формы ОГ, являющиеся следствием заболеваний как центральной, так и периферической автономной нервной системы;
- медикаментозно индуцированная ОГ;
- ОГ со сниженным объемом циркулирующей крови.

Клиническая картина

Больные жалуются на «ощущение пустоты» в голове, головокружение, предобморочное состояние, обмороки. Эти симптомы возникают в ответ на быстрый переход из положения лёжа или сидя в положение стоя, при физическом усилии или приёме пищи.

Нарушения сознания могут быть различной степени выраженности - от липотимий (ощущение внезапной слабости, не сопровождаемое полной потерей сознания) до глубоких обмороков. Глубокий обморок может длиться более 10 сек и сопровождается гиперсаливацией, тоническими судорогами и испусканием мочи. Характерные отличия синкопе, обусловленных ортостатической гипотензией – это гипо- или ангидроз («сухие обмороки»), а также отсутствие замедления пульса. Ортостатическая гипотензия более ярко выражена в утреннее время.

Диагностика

Анамнез: провоцирующие факторы (прием лекарственных препаратов, длительный постельный режим, потеря жидкости) и симптомы вегетативной недостаточности (изменение зрения в виде мидриаза и нарушений аккомодации, недержание мочи, тошнота, чрезмерная потливость).

Объективный осмотр: измерение АД и ЧСС проводят через 5 мин после принятия больным горизонтального положения и на 1-й и 3-й минутах после

вставания. Если пациент не может стоять, его обследуют в положении сидя. Артериальная гипотензия без компенсаторного увеличения ЧСС (<10 в минуту) свидетельствует о нарушении рефлексов, выраженное увеличение (>100 в минуту) – о гиповолемии.

Минимальный объем исследований:

- общий анализ крови (исключить наличие анемии или воспалительных изменений);
- биохимический анализ крови (натрий, калий, хлор, бикарбонаты, азот мочевины крови, креатинин, глюкоза натощак);
- оценка функции почек или наличия СД;
- тиреотропный гормон (ТТГ);
- анализ крови на витамин В12.

Лечение и профилактика ортостатической гипотензии

Пациентам с длительным постельным режимом рекомендуется присаживаться в постели ежедневно и по возможности выполнять физические упражнения. Пожилые пациенты должны избегать длительного стояния. Сон с приподнятым изголовьем может уменьшать проявления ОГ вследствие увеличения задержки натрия и уменьшения никтурии.

Артериальную гипотензию после приема пищи можно предотвратить уменьшением общего количества принимаемой пищи, алкоголя.

Тугое высокое бинтование ног эластичным бинтом может увеличивать венозный возврат, сердечный выброс и АД после вставания.

Увеличение содержания натрия, приводящее к увеличению объема циркулирующей крови, может способствовать уменьшению симптомов. При отсутствии сердечной недостаточности и артериальной гипертензии содержание ионов натрия можно увеличить с 5 до 10 г посредством увеличения употребления его с пищей.

Медикаментозное лечение ОГ

Флудрокортизон – минералокортикоид, вызывает задержку натрия, повышает его содержание в плазме крови и уменьшает явления артериальной гипотензии, эффективен только при достаточном поступлении натрия в организм. Доза препарата: 0,1 мг на ночь, с еженедельным увеличением до 1 мг или до появления периферических отеков.

НПВС (Индометацин) в дозе 25-50 мг/сут, ингибирует простагландин-индуцированную вазодилатацию, повышая периферическое сосудистое сопротивление.

β -адреноблокаторы усиливают влияние натрия и минералокортикоидной терапии. Блокада пропранололом β -адренорецепторов приводит к α -адренергической вазоконстрикции с предотвращением ортостатической вазодилатации.

§ Задание 1. Заполните таблицу.

Таблица 11.1 – Дифференциальная диагностика ортостатической гипотензии

	Нейрогенная ОГ	Ненейрогенная ОГ
Причины		
Особенности		

§ Задание 2. Напишите, какие ЛП способны вызвать ортостатическую гипотензию (приведите не менее 3 примеров и укажите механизм действия данных препаратов)

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1)Классификация ОГ по времени возникновения после перехода в положение стоя.
- 2)Перечислите основные жалобы пациентов с ортостатической гипертензией.
- 3)Охарактеризуйте необходимый диагностический минимум для постановки диагноза ортостатической гипотензии.
- 4)Назовите профилактические меры, способствующие снизить риск возникновения ОГ.
- 5)Медикаментозное лечение больных с ОГ (опишите один из ЛП для лечения ОГ, напишите его группу, международное непатентованное наименование (МНН), механизм действия, эффекты, показания и противопоказания).

Домашняя работа

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook or legal stationery. There are no margins, text, or other markings present.

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 12

Побочное действие лекарственных препаратов в практике участкового терапевта. Анафилактический шок

Побочный эффект – любой непреднамеренный эффект фармацевтического продукта (лекарственного препарата), развивающийся при использовании его у человека в обычных дозах и обусловленный его фармакологическими свойствами (определение ВОЗ).

Неблагоприятные лекарственные реакции - вредные, опасные для организма реакции, развивающиеся непреднамеренно при приёме лекарственных препаратов (ЛП) в дозах, которые используются у человека для профилактики, диагностики и (или) лечения заболеваний, а также для коррекции и модификации физиологических функций (определение ВОЗ).

При использовании некоторых групп ЛП в амбулаторной практике – сердечных гликозидов, гормонов, гипотензивных средств, прямых и непрямых антикоагулянтов, некоторых диуретиков, антибиотиков, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), контрацептивных препаратов для приёма внутрь – побочные эффекты развиваются значительно чаще.

Наиболее часто медикаментозные осложнения возникают у пациентов, входящих в группу риска:

- пациенты с заболеваниями печени и почек;
- пациенты, одновременно принимающие несколько ЛП, что приводит к неконтролируемому их взаимодействию;
- лица, получающие ЛП с «узкой» терапевтической широтой;
- пожилые пациенты (в пожилом и старческом возрасте широко распространены самолечение, применение большого количества ЛС в течение длительного времени на фоне возрастных изменений функций органов и систем организма и уменьшения объёма распределения ЛП).

В клинической практике побочные эффекты подразделяют по течению на:

- острые формы – развиваются в течение первых 60 мин после приёма ЛП (анафилактический шок, тяжёлый бронхоспазм, острая гемолитическая анемия, отёк Квинке, вазомоторный ринит, тошнота и рвота);
- подострые формы – развиваются через 1-24 ч после приёма ЛП (макулопапулёзная экзантема, сывороточная болезнь, аллергические васкулиты, колит и диарея, связанные с приёмом антибиотиков, агранулоцитоз и тромбоцитопения);
- латентные формы – возникают через 2 суток и более после приёма ЛП (экзематозные высыпания, органотоксичность).

Классификация побочных эффектов (по ВОЗ):

1) Тип А - прогнозируемые (предсказуемые) эффекты:

- первично-токсические реакции или передозировка ЛП (например, печёночная недостаточность при назначении парацетамола в высоких дозах);
- собственно побочные эффекты и отсроченные реакции (например, седативные эффекты у антигистаминных ЛП);
- вторичные эффекты (например, диарея при назначении антибиотиков за счёт подавления кишечной флоры);
- лекарственное взаимодействие (например, отравление теофиллином при одновременном приёме эритромицина).

2) Тип В - непрогнозируемые (непредсказуемые) эффекты:

- индивидуальная непереносимость ЛП – нежелательный эффект, вызванный фармакологическим действием ЛП в терапевтических или субтерапевтических дозах (например, шум в ушах при приёме аспирина);

- идиосинкразия (например, гемолитическая анемия при приёме антиоксидантов у пациентов с дефицитом глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы без связи с иммунологическими реакциями);
- гиперчувствительность или аллергия (например, развитие анафилаксии при приёме пенициллина за счёт иммунных механизмов);
- псевдоаллергические реакции (например, неиммунологические реакции на рентгеноконтрастные вещества).

3) Тип С – «химические» эффекты, развивающиеся при длительном приёме ЛП (например, бензодиазепиновая зависимость или нефропатия при приёме метамизола натрия (анальгин), вторичная надпочечниковая недостаточность при применении системных глюкокортикоидов, проявления хронической токсичности при приёме хлорохина (ретино- и кератопатии).

4) Тип D – отсроченные (отдалённые) эффекты (нарушения репродуктивной функции, тератогенные и канцерогенные реакции: аденокарцинома влагалища у дочерей женщин, применявших диэтилstilbэстрол во время беременности; лимфома у пациентов с длительной иммуносупрессией после трансплантации; синдром отмены, например, после приёма клонидина, опиатов, β -адреноблокаторов).

5) Тип E – непредсказуемая неэффективность лечения (снижение эффективности контрацептивов для приёма внутрь при одновременном назначении индукторов микросомальных ферментов печени).

Идиосинкразия – генетически обусловленная патологическая реакция на определённые ЛП.

Этиопатогенетическая классификация побочных эффектов ЛС:

1) Токсические реакции:

- абсолютное увеличение концентраций ЛП – передозировка ЛП;
- относительное увеличение концентраций ЛП:
 - ✓ генетически обусловленные изменения фармакокинетики (абсорбции, метаболизма, выведения) и фармакодинамики (изменения молекул-мишеней) ЛП;

- ✓ не генетически обусловленные изменения фармакокинетики (сопутствующая патология печени, почек, щитовидной железы, желудочно-кишечного тракта, взаимодействие при одновременном назначении нескольких средств) и фармакодинамики (нарушение чувствительности рецепторов – развитие астматического статуса при неконтролируемом чрезмерном приёме ингаляционных β -адреномиметиков) ЛП.

- Отдалённые реакции, возникающие не на фоне существенного изменения концентраций ЛС (тератогенные и канцерогенные эффекты).

2) Эффекты, обусловленные фармакологическими свойствами ЛС:

- прямые неблагоприятные фармакодинамические эффекты (ульцерогенный эффект НПВС и глюкокортикоидов, ортостатические реакции после приёма ганглиоблокаторов, периферический сосудистый спазм после приёма β -адреноблокаторов - синдром Рейно).
- опосредованные неблагоприятные фармакодинамические эффекты:
 - ✓ суперинфекция и дисбактериозы (диарея при назначении антибактериальных средств и цитостатиков);
 - ✓ бактериолиз (реакция Яриша-Герксгеймера при назначении антибиотиков);
 - ✓ синдром отмены (развитие тяжёлых гипертонических кризов при резкой отмене клонидина и β -адреноблокаторов);
 - ✓ лекарственная зависимость.

3) Истинно аллергические реакции:

- медиаторный или реакиновый тип;
- цитотоксический тип;
- иммунокомплексный тип;
- гиперчувствительность замедленного типа;
- псевдоаллергические реакции (приступ бронхиальной астмы при применении холиномиметических средств за счёт значительного высвобождения гистамина);

- идиосинкразия;
- психогенные побочные эффекты (головная боль, приливы, потливость).
- ятрогенные побочные эффекты (реакции, возникающие при неправильном введении ЛП, например развитие эмболий при внутривенном введении депо-препаратов пенициллина, полипрагмазия).

В случае развития побочных эффектов лечебная тактика прежде всего включает отмену ЛП. Если препарат отменить невозможно, необходимо снизить его дозу, провести десенсибилизацию и симптоматическое лечение.

Чтобы уменьшить риск развития побочных эффектов ЛП, следует учитывать:

- принадлежность ЛП к фармакологической группе, что определяет все возможные фармакологические эффекты;
- возрастные и антропометрические характеристики пациентов;
- функциональное состояние органов и систем организма, влияющих на фармакодинамику и фармакокинетику ЛП;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- образ жизни (при интенсивной физической нагрузке увеличивается скорость выведения ЛП), характер питания (у вегетарианцев снижена скорость биотрансформации ЛП), вредные привычки (курение ускоряет метаболизм некоторых ЛП);
- возраст (больным пожилого и старческого возраста необходимо

назначать меньшую дозу ЛП (иногда в 1,5-2 раза) по сравнению с используемой для лечения молодых пациентов).

Среди побочных эффектов в амбулаторных условиях чаще других возникают аллергические реакции.

Аллергия – изменённый иммунный ответ, проявляющийся в развитии специфической гиперчувствительности организма к чужеродным веществам (аллергенам) в результате их предшествовавшего контакта. Она, как правило,

не развивается при первом приёме ЛС. Исключение составляют случаи развития аллергии на ЛС, имеющие перекрёстные аллергические реакции с другими средствами, которые уже ранее использовались пациентами.

Анафилактический шок – острый системный аллергический процесс, развивающийся в сенсibilизированном организме в результате реакции антиген-антитело и проявляющийся острым периферическим сосудистым коллапсом.

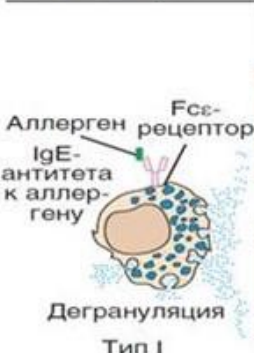
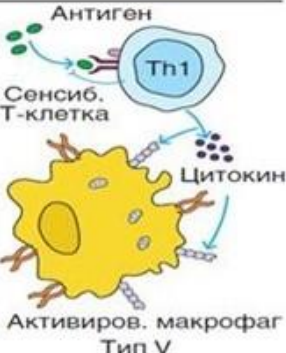
Тип I	Тип II	Тип III	Тип IV
Анафилактическая (гиперчувствительность немедленного типа)	Цитотоксическая	Иммунокомплексная	Гиперчувствительность замедленного типа
 Аллерген IgE-антитела к аллергену Fcε-рецептор Дегрануляция Тип I	 Киллер Fc-рецептор клетка-мишень Активация комплемента Иммуные комплексы Тип II	 Иммуный комплекс C3b C3a Активация комплемента Нейтрофил Тип III	 Антиген Сенсиб. Т-клетка Цитокин Активиров. макрофаг Тип IV
IgE-опосредованная гиперчувствительность	Цитотоксическая IgG опосредованная гиперчувствительность	Гиперчувствительность, опосредованная иммунными комплексами	Клеточно-опосредованная гиперчувствительность

Рисунок 12.1 – Патогенез анафилактического шока

Этиология анафилактического шока:

- лекарственные препараты;
- яд перепончатокрылых насекомых;
- пищевые продукты;
- аэроаллергены;
- вакцины;
- переливание крови

Первые признаки анафилактического шока: фотопсии, страх смерти, кожный зуд, кожные высыпания, в дальнейшем вовлекаются различные органы и системы.

Клинические варианты анафилактического шока:

- 1) типичный;
- 2) гемодинамический;
- 3) асфиктический;
- 4) церебральный;
- 5) абдоминальный вариант.

Первая помощь при развитии анафилактического шока

- 1) прекратить введение предполагаемого медикамента – аллергена; при введении ЛП в конечность выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток; приложить лед к месту инъекции ЛП;
- 2) оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента;
- 3) срочно вызвать врача, реанимационную бригаду (если это возможно) или скорую медицинскую помощь (если вы вне медицинского учреждения);
- 4) ввести раствор адреналина (эпинефрина) в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра как можно быстрее в дозе 0,01 мг/кг в разведении 1:100 (0,1% раствор, 1 мг/мл), максимальная доза для взрослых – 0,5 мл (на 50 кг); при необходимости – повторить через 5–15 мин;
- 5) уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами; если у больного есть зубные протезы, их необходимо удалить; подъем пациента или переход его в положение сидя может привести к фатальному исходу в течение нескольких секунд;

- 6) контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей (ВДП); при нарушении проходимости ВДП корнем языка в результате нарушения сознания необходимо выполнить тройной прием Сафара; при возможности – вводят воздуховод или интубационную трубку; при невозможности интубации - провести коникотомию;
- 7) после восстановления проходимости ВДП – обеспечить дыхание чистым кислородом (6–8 л/мин);
- 8) ввести внутривенно или внутримышечно преднизолон в дозе 90-120 мг или других системных ГКС в эквивалентных дозах;
- 9) перевод больных на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) показан при отеке гортани и трахеи, стойкой гипотонии, нарушении сознания, выраженном бронхоспазме с развитием дыхательной недостаточности, некупирующемся отеке легких, развитии коагулопатического кровотечения;
- 10) ввести 1–2 литра 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно (то есть для взрослого 5–10 мл/кг в первые 5–10 мин);
- 11) мониторировать АД, ЧСС, частоту дыхательных движений (ЧДД).
- 12) при диагностике анафилаксии показана госпитализация больного (на 2-3 суток при установлении диагноза анафилактоидический шок).

После перенесенного анафилактоидического шока возможно развитие поздних осложнений: демиелинизирующего процесса, аллергического миокардита, гепатита, неврита. В течение 3-4 недель могут сохраняться нарушения функции различных органов и систем.

§ Задание №1. Заполните таблицу

Таблица 12.1 – Степени тяжести анафилактоидического шока

Критерий	1 степень	2 степень	3 степень	4 степень
АД				
Сознание				

Ответ на противошоковую терапию				
---------------------------------------	--	--	--	--

§ Задание №2. Заполнить таблицу.

Таблица 12.2 – Клиническая картина анафилактического шока

Органы и системы	Симптомы и их описание
Кожа и слизистые оболочки	
Дыхательная система	
Сердечно-сосудистая система	
Желудочно-кишечный тракт	
ЦНС	

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) В чем разница между побочными эффектами и неблагоприятными лекарственными реакциями?
- 2) Выбрать 3 любые группы препаратов и описать их побочные эффекты.
- 3) Предположите, какие рекомендации должен дать участковый терапевт пациенту, получающему фотосенсибилизирующие препараты, чтобы предотвратить их побочное действие?
- 4) Нарисуйте схему патогенеза анафилактического шока. Укажите, как действует гистамин на стенки сосудов.

5) Каковы методы первичной профилактики АШ и какие методы следует использовать для профилактики повторного развития анафилактического шока?

Домашняя работа

This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 horizontal blue or grey lines spaced evenly apart, typical of notebook paper. The lines extend across the entire width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical lines, text, or other markings on the page.

This image shows a full page of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice or general writing. There are no margins, text, or other markings on the page.

6 курс 12 семестр

Занятие 13

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

**Теоретически: дифференциальная диагностика суставного синдрома в
практике участкового терапевта**

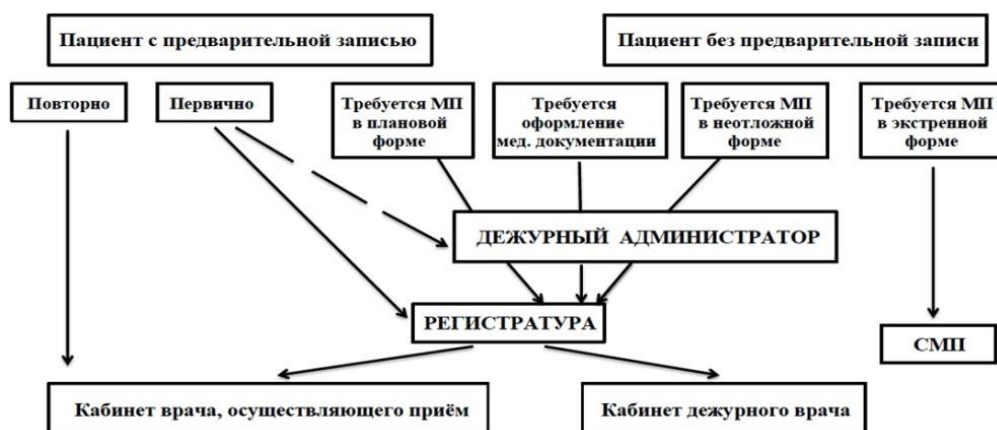


Рисунок 13.1 – Схема основных направлений маршрутизации потоков пациентов

Подробно ознакомиться с программой можно по видео:
<https://www.bing.com/videos/search?q=%d0%bc%d0%b8%d1%81+qms&&view=detail&mid=FB16EF60EB5C19541B06FB16EF60EB5C19541B06&&FORM=VRDGAR>

Дифференциальная диагностика суставного синдрома в практике участкового терапевта

Суставной синдром – симптомокомплекс, возникающий при поражении суставов и околосуставных мягких тканей, включающий:

Таблица 13.1 – Виды артрита

Моноартрит (1 сустав)	Олигоартрит (до 4 суставов или групп суставов)	Полиартрит (более 4 суставов или групп суставов)
ЮХА, ЮРА	РА (в дебюте)	РА
Псориатический артрит (в дебюте)	Паранеопластические артриты	Паранеопластические артриты
Подагра (в дебюте)	Инфекционные артриты	подагра
Инфекционный артрит	Спондилоартриты	Ревматический артрит

Примечание. РА – ревматоидный артрит; ЮРА – ювенильный ревматоидный артрит; ЮХА – ювенильный хронический артрит.

Источники боли:

- ✚ Суставы (артралгии);
- ✚ Мышцы (миалгии);
- ✚ Связки и сухожилия;
- ✚ Энтезисы (места прикрепления сухожилий и связок к кости).

Таблица 13.2 – Типы болей при суставном синдроме

Тип боли	Характеристика боли	Заболевания суставов, при которых наблюдается данный тип боли
Воспалительный	усиливается во вторую половину ночи и по утрам; сопровождается утренней скованностью	ревматоидный артрит, спондилоартриты, подагра, васкулиты, инфекционный артрит
Механический	возникает при смене положения тела; усиливается к концу дня и при физической нагрузке; стихает в покое к утру	остеоартрит
Постоянный	сохраняется днём и ночью; резко усиливается ночью	опухоли костей, метастазы в кости, асептический некроз

Оценка интенсивности боли:

- Визуально-аналоговая шкала (ВАШ);
- Цифровая рейтинговая шкала;
- Вербально-рейтинговая шкала.

Таблица 13.3 – Симметричность суставного синдрома

Симметричный	Асимметричный	Мигрирующий
РА	Паранеопластические артриты	Ревматический артрит
	Спондилоартриты	Подагра
Артриты при СПСТ	Инфекционные артриты	Артрит при вирусной инфекции
	Подагра	
	Остеартриты	

Примечание. РА – ревматоидный артрит; СПСТ – системные поражения соединительной ткани.

Утренняя скованность – субъективное ощущение препятствия движению, «напряжение».

Утренняя скованность характерна для:

- ревматоидный артрит (РА);
- спондилоартрита.

Локализация суставного синдрома

Мелкие суставы кистей:

- остеоартроз узелковый;
- ревматоидный артрит.

Мелкие суставы стоп:

- ревматоидный артрит;
- подагра;
- псориатический артрит;
- остеоартрит.

Кисти и стопы:

- ревматоидный артрит;
- псориатический артрит;
- реактивные артриты.

Крупные суставы:

- псориатический артрит;
- ревматический артрит;
- ревматоидный артрит.

Преимущественно суставы ног:

- реактивный артрит (симптом “лестницы”, симптом «спирали»);
- анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева);
- инфекционный артрит.

Поражение позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений:

- серонегативные спондилоартриты:
 - ✓ анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева);
 - ✓ реактивный артрит;
 - ✓ псориатический артрит.
- болезнь Форестье (старческий анкилозирующий гиперостоз позвоночника);
- остеопороз.

При осмотре суставов обращаем внимание на:

- сглаженность – незначительные изменения контуров.
- припухлость – полная потеря нормальных очертаний за счет воспалительного отека тканей и выпота в сустав.
- дефигурация сустава – изменение формы сустава, связанное с отеком, припухлостью, атрофией тканей.
- деформация – более грубые стойкие изменения формы сустава за счет изменения костных структур, мышечно-связочного аппарата, контрактур, вывихов, подвывихов.
- девиация – отклонение от нормального расположения оси сустава.

Остеоартрит – заболевание суставов, характеризующееся клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса, которые возникают при

макро- или микроповреждениях, активируя патологические адаптивные восстановительные ответы, включая провоспалительные пути иммунной системы.

§ Задание №1. Заполнить таблицу.

Таблица 13.4 – Зависимость суставного синдрома от пола

Половые особенности	Нозологические формы ревматических заболеваний
Чаще болеют женщины	
Чаще болеют мужчины	
Нет зависимости от пола	

§ Задание №2. Заполнить таблицу.

Таблица 13.5 – Ступенчатая терапия заболеваний, проявляющихся суставным синдромом

	Ревматоидный артрит	Деформирующий остеоартроз	Реактивный артрит	Подагра
Легкая форма				
Средняя степень тяжести				
Тяжелая форма				

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Составить план обследования больного с суставным синдромом.
- 2) Составить таблицу по дифференциальной диагностике РА и остеоартроза.
- 3) Составить план маршрутизации пациента с суставным синдромом.

5) Дать описание механизма действия, эффектов и основных принципов применения препаратов, применяемых для лечения суставного синдрома.

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 14

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Научная работа

Регламентирующие документы:

1. Приказ МЗ РФ от 15.12.2014 №834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

2. Приказ МЗ РФ от 09.01.2018 г. № 2н "О внесении изменений в приказ МЗ РФ от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

Электронная медицинская карта (ЭМК) – медицинская информационная система, обеспечивающая автоматизацию электронного документооборота, оперативный обмен между участниками лечебно-диагностического процесса.

Ведение ЭМК - новая технология, освобождающая медицинский персонал от значительной части действий, не требующих осмысления, предоставляющая врачам возможность просмотра записей и списков невыполненных предписаний, создающая условия для взаимодействия всех участников лечебно-диагностического процесса.

Формы медицинской документации, которые можно вести в электронном виде:

- 1) форма №025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- 2) форма №025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях";
- 3) форма №030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения";
- 4) форма №030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг";
- 5) форма №032/у "Журнал записи родовспоможения на дому";
- 6) форма №070/у "Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение";
- 7) форма №072/у "Санаторно-курортная карта";
- 8) форма №076/у "Санаторно-курортная карта для детей";
- 9) форма №079/у " Медицинская справка о состоянии здоровья ребенка, выезжающего в организацию отдыха детей и их оздоровления ";
- 10) форма №086/у "Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)";
- 11) форма №086-2/у "Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы N 086/у и N 086-1/у)".

Правила ведения медицинской карты амбулаторного больного

- 1) Медицинская карта амбулаторного больного является основным первичным медицинским документом больного, получающего лечение амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при каждом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.
- 2) Оформление титульного листа медицинской карты амбулаторного больного осуществляется в регистратуре учреждения здравоохранения в соответствии с утвержденными требованиями.
- 3) Лечащий врач в медицинской карте амбулаторного больного отмечает:

- дату обращения, в некоторых случаях – час обращения;
- жалобы пациента;
- анамнез заболевания;
- объективные данные;
- формулирует диагноз заболевания по МКБ-10, наличие, степень тяжести осложнений, степень функциональных нарушений;
- назначает необходимые обследования и консультации;
- рекомендует лечебно-оздоровительные мероприятия;
- при следующих посещениях врач отражает динамику заболевания, эффективность проводимого лечения;
- оформляет лист уточненных диагнозов и листок временной нетрудоспособности.

4) Лечащий врач определяет признаки временной нетрудоспособности на основании:

- оценки состояния здоровья;
- характера и условий труда;
- социальных факторов.

5) При длительной нетрудоспособности оформляется направление на врачебную комиссию (ВК), которое содержит представление лечащего врача на ВК, жалобы, объективные данные, диагноз с функциональными нарушениями, количество дней временной нетрудоспособности, предполагаемый клинический и трудовой прогноз, цель направления на ВК. В протоколе заседания ВК, кроме того, отражаются рекомендации врачебной комиссии по обследованию, лечению и продлению листа временной нетрудоспособности при благоприятном трудовом прогнозе или необходимость направления пациента на медико-социальную экспертизу.

В диагнозе отражаются проявления заболевания, обуславливающие временную нетрудоспособность, делается запись о временной

нетрудоспособности пациента, определяются ее сроки с учетом индивидуальных особенностей течения заболевания, запись о выдаче листа временной нетрудоспособности с указанием серии, номера и даты очередного посещения врача. При последующих осмотрах отражается динамика заболевания, эффективность проводимого лечения и обосновывается продление или закрытие листа нетрудоспособности, направление на врачебную комиссию, госпитализацию.

§ Задание 1. Выпишите рецепты на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время приема или по заданию преподавателя.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-И/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть) _____
(указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-И/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть) _____
(указать количество месяцев)

§ **Задание 2.** Выпишите листок нетрудоспособности на пациента с амбулаторного приема или по заданию преподавателя.

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ		001 234 567 891		
первичный ☐ дубликат ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____				
(наименование медицинской организации)				
(адрес медицинской организации)				
Дата выдачи _____ (ОГРН)				
Ф _____				
И _____				
О _____				
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)				
М ☐ Ж ☐ Причина нетрудоспособности код _____ доп код _____ код изм. _____				
(место работы-наименование организации)				
Основное ☐ По совместительству ☐ № _____				
по уходу ☐ Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐				
дата 1 _____ дата 2 _____ № путевок _____ ОГРН санатория или клиники НИИ _____				
возраст (лет/мес.) _____ родственная связь _____ ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход _____				
Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐				
Отметки о нарушении режима _____ Дата _____ Подпись врача: _____				
Находился в стационаре: с _____ по _____				
Дата направления в бюро МСЭ: _____				
Дата регистрации документов в бюро МСЭ: _____				
Освидетельствован в бюро МСЭ: _____				
Установлена/изменена группа инвалидности ☐				
Подпись руководителя бюро МСЭ: _____				
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ				
С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С _____ Иное: _____				
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____				
Подпись врача: _____				
(место работы-наименование организации)				
Основное ☐ По совместительству ☐				
Регистрационный № _____ / Код подчинённости _____				
ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____				
Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от _____				
Дата начала работы _____ Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т.ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.				
Причитается пособие за период: с _____ по _____				
Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок _____ р _____ к.				
Сумма пособия: за счёт средств работодателя _____ р _____ к. за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. итого начислено _____ р _____ к.				
Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____				
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____				
линия отреза				
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ				
первичный ☐ дубликат ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____				
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)				
(место работы-наименование организации)				
Основное ☐ По совместительству ☐ № _____				
Ф _____ И _____ О _____ № истории болезни _____				
Дата выдачи _____				
Подпись получателя _____				

Научно-исследовательская работа

Объяснение преподавателем порядка выполнения научно-исследовательской работы (НИР): постановка проблемы, поиск и работа с достоверными источниками литературы, формулирование цели и задач исследования, выбор методов исследования, проведение исследования, статистическая обработка данных исследования, обсуждение результатов исследования, формулирование выводов и заключения, оформление списка литературы.

НИР должна содержать следующие разделы: актуальность, цель, задачи, материалы и методы, результаты исследования, обсуждение результатов исследования, выводы, заключение, составление презентации и доклада.

Распределение тем.

Правила оформления НИР.

Рекомендации по изучению научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Перечислите основную медицинскую документацию участкового терапевта (назовите все формы).
- 2) Напишите, кто подлежит диспансерному наблюдению. К какой группе «Д» наблюдения относится пациент, который был на приеме или вызове?
- 3) Напишите основания для прекращения диспансерного наблюдения.
- 4) Напишите, куда вносятся сведения о диспансерном наблюдении пациента.
- 5) Опишите препараты, заданные преподавателем, по схеме: торговое название, группа, подгруппа, МНН, механизм действия, эффекты, показания, противопоказания.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

6 курс 12 семестр

Занятие 15

Посещение пациентов на дому

Научная работа

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

ПМСП оказывается в плановой и неотложной формах.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается:

1) амбулаторно, в том числе:

- в медицинской организации, оказывающей ПМСП, или ее подразделении,
- по месту жительства (пребывания) пациента – при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний в случае вызова медицинского работника или при посещении им пациента с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения (активное посещение),
- при патронаже отдельных групп населения при выявлении или угрозе возникновения эпидемии инфекционного заболевания, больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, в том числе путем подворных (поквартирных) обходов, осмотров работников и учащихся;

2) в условиях дневного стационара, в том числе стационара на дому.

Стационар на дому организовывается для оказания медицинской помощи больным с острыми или хроническими заболеваниями и их обострениями,

нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию при условии, что состояние здоровья больного и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится по представлению врачей участковых терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов.

При организации стационара на дому осуществляется ежедневное наблюдение больного врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, а также консультации врачей-специалистов по профилю заболевания.

В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи. При ухудшении течения заболевания больной должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар.

Согласно Приказа Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», одной из форм первичной медико-санитарной помощи является **обслуживание населения на дому**.

Обслуживание населения на дому составляет около трети всего объема ПМСП, осуществляемой врачами-терапевтами поликлинического звена.

При статистическом учёте оказания медицинской помощи на дому используется тот же принцип: посещения на дому «по заболеванию» и «профилактические».

Кроме официально утвержденного деления посещений на дому «по заболеванию» и «профилактические», в отчетной документации используются такие термины как «вызов на дом», «актив», «патронаж».

Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации):

- врача-терапевта участкового – 15 минут;
- врача общей практики (семейного врача) – 18 минут (Приказ МЗ РФ от 02.06.2015 N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога).

Порядок вызова на дом участкового врача-терапевта:

- пациент по состоянию здоровья не может прийти в поликлинику;
- необходим периодический врачебный осмотр (нетранспортабельные пациенты, наблюдение после операционного лечения в стационаре);
- передача активных вызовов (скорая помощь).

§ Задание 1. Заполните амбулаторную карту на пациента (вызов на дом), обратившегося за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

§ Задание 2. Выпишите рецепты на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время вызова на дом, или по заданию преподавателя.

1. Rp.:	2. Rp.:
3. Rp.:	4. Rp.:

Научно-исследовательская работа

Набор материала по теме.

Изучение научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

1) Заполните пропуски в предложениях.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на терапевтическом участке _____ человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на участке врача общей практики _____ человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

на участке семейного врача _____ человек взрослого и детского населения;

на комплексном терапевтическом участке _____ и более человек взрослого и детского населения.

2) Перечислите порядок вызова на дом участкового врача-терапевта.

3) Если пациент не прикреплен к данной поликлинике, но нуждается в неотложной помощи, врач-терапевт участковый выполнит вызов на дом?

4) Выдаст ли листок нетрудоспособности данный врач (из задания №3), если пациент будет признан им временно нетрудоспособным? Назовите его дальнейшие действия.

5) Выпишите 4 рецепта на лекарственные препараты по заданию преподавателя.

Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 16

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Научная работа

Порядок заполнения учетной формы N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях":

1. Учетная форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" является основным учетным медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

2. Карта заполняется врачом на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента.

3. Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента за медицинской помощью на основании паспорта.

4. В Карте отражается характер течения заболевания (травмы, отравления), все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

Карта заполняется на каждое посещение пациента. Ведется Карта путем заполнения соответствующих разделов.

Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые в Карте исправления осуществляются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.

§ Задание 1. Выпишите 4 рецепта на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время приема или по заданию преподавателя.

1. Rp.:	2. Rp.:
3. Rp.:	4. Rp.:

§ Задание 2. Выпишите листок нетрудоспособности на пациента с амбулаторного приема или по заданию преподавателя.

Научно-исследовательская работа.

Набор материала по теме. Изучение научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Назовите дату, номер и полностью название приказа о проведении диспансерного наблюдения за взрослыми.
- 2) Назовите дату, номер и полностью название приказа о проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения.
- 3) Назовите дату, номер и полностью название приказа об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности.
- 4) Какие документы необходимы для оформления электронного больничного?
- 5) Опишите препараты, заданные преподавателем, по схеме: торговое название, группа, подгруппа, МНН, механизм действия, эффекты, показания, противопоказания.

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 17

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Научная работа

Приказ Минздрава РФ от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.12.2019 № 1022н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения".

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. N 562н "Об утверждении Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества".

Препараты назначаются по международному непатентованному наименованию (МНН), а при его отсутствии – по группировочному наименованию. Или же по торговому наименованию, если первые два отсутствуют.

Все рецепты препаратов, отпускаемые бесплатно или со скидкой, с 2020 года выписываются на бланке нового образца рецепта формы № 148–1/у-04 (л).

На одном рецептурном бланке можно выписывать только одно наименование ЛС, не подлежащего ПКУ и относящегося к:

- антипсихотическим средствам (код N05A по АТХ);
- анксиолитикам (код N05B по АТХ);
- снотворным и седативным средствам (код N05C по АТХ);
- антидепрессантам (код N06A по АТХ).

Дозировка в рецептах выписывается согласно инструкции по применению препарата. Например, это значит, что количество вещества можно указывать в миллиграммах. Требование об обязательном оформлении твердых и сыпучих фармсубстанций в граммах (миллилитрах/каплях для жидких препаратов) осталось только для выписки препаратов индивидуального изготовления.

Лекарственную форму в таблетках теперь следует писать как «in tab.», а не «in tabl.».

Теперь вверху каждого рецепта должно быть указание на приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019 г. № 4н, а не на 1175н приказ Минздрава, как раньше. Это не касается рецептурного бланка формы N 107/у-НП, поскольку его форма утверждена приказом Минздрава 54н от 01.08.2012 г.

В рецептах пишется фамилия и инициалы пациента. Это же касается и ФИО врача, назначающего препарат. Указывается дата рождения больного.

Для наглядности сравнение старых и новых образцов бланков, где изменения выделены (рисунок 17.1).

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК		РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК	
Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код форм по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012г. N 1175н	Министерство здравоохранения Российской Федерации	Код форм по ОКУД Код учреждения по ОКПО Медицинская документация Форма N 107-1/у Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 января 2019г. N 4н
Наименование (штамп) медицинской организации		Наименование (штамп) медицинской организации Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, орган государственной власти, выдавшего лицензию)	
РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) " " 20__ г. (дата выписки рецепта)		РЕЦЕПТ (взрослый, детский - нужное подчеркнуть) " " 20__ г. (дата оформления рецепта)	
Ф.И.О. пациента _____ (полностью)		Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента _____	
Возраст _____		Дата рождения _____	
Ф.И.О. лечащего врача _____ (полностью)		Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____	
Руб. Коп. Rp: Руб. Коп. Rp: Руб. Коп. Rp:		Руб. Коп. Rp: Руб. Коп. Rp: Руб. Коп. Rp:	
Подпись и личная печать лечащего врача _____ М.П.		Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки) _____ М.П.	
Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года (_____) (указать количество месяцев) (ненужное зачеркнуть)		Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____) (указать количество месяцев) (ненужное зачеркнуть)	

Рисунок 17.1 – Сравнение старых и новых бланков рецептов. Красным цветом выделены изменения.

§ Задание 1. Заполните амбулаторную карту на пациента (с амбулаторного приема), обратившегося за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

§ Задание 2. Выпишите рецепты на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время приема.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года
(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

Научно-исследовательская работа

- 1) Набор материала по теме, оформление работы.
- 2) Изучение научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы
- 3) Контроль и консультация преподавателя.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) купирование неосложненного гипертонического криза.
- 2) Назовите представителей иАПФ по МНН, напишите все дозы, частоту приема, в скобках приведите примеры торговых названий 1-3. Перечислить не менее 10 иАПФ.
Например: Рамиприл (Хартил, Тритаце) – таб. по 2,5 мг; 5 мг или 10 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки.
- 3) Напишите основные противопоказания к назначению иАПФ.
- 4) Укажите показания для назначения иАПФ.

5) Выпишите 4 рецепта на лекарственные препараты по заданию преподавателя.

Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 18

Посещение пациентов на дому

Научная работа

На основании приказа Минздравсоцразвития РФ от 15.05.2012 №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» одной из форм первичной медико-санитарной помощи является обслуживание населения на дому.

§ Задание 1. Выпишите рецепты на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время вызова на дом.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____
руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года

(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего
врача (фельдшера, акушерки) _____
руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года

(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

§ Задание 2. Выпишите листок нетрудоспособности пациенту после вызова или по заданию преподавателем.

Научно-исследовательская работа

Набор материала по теме, оформление работы.

Изучение научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- Всем пациентам с АГ, получающим лечение, независимо от возраста и степени риска, рекомендуется в качестве первого целевого уровня снижать АД до значений _____ мм рт.ст.

4) На сколько дней участковый терапевт может выдавать листок временной нетрудоспособности (ЛВН) при гипертоническом кризе?

- ## Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 19

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Научная работа

1. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 №834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

2. Приказ МЗ РФ от 09.01.2018 г. № 2н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

§ Задание 1. Выпишите рецепты на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время приема или по заданию преподавателя.

§ Задание 2. Выпишите листок нетрудоспособности на пациента с амбулаторного приема или по заданию преподавателя.

Научно-исследовательская работа

Набор материала по теме, оформление работы.

Изучение научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы.

Подготовка к защите.

Контроль/консультация преподавателя.

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1)Классификация хронической болезни почек (ХБП) по скорости клубочковой фильтрации (СКФ).
- 2)Какие заболевания могут приводить к развитию ХБП?
- 3)Напишите, как проявляются изменения в почках при длительном течении АГ и СД.
- 4)Показания для госпитализации при хроническом гломерулонефрите.
- 5)Выпишите 4 рецепта на лекарственные препараты по заданию преподавателя.

Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 20

**Работа с участковым терапевтом на амбулаторном приеме:
работа в qMS, заполнение электронной амбулаторной карты, выписка
электронного листка временной нетрудоспособности,
электронных рецептов.**

Научная работа

1. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (ред. от 02.11.2020) "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.01.2018 г. № 2н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению".

Научно-исследовательская работа

Набор материала по теме, оформление работы.

Изучение научной литературы, нормативных документов, клинических рекомендаций по теме работы.

Подготовка к защите.

Контроль и консультация преподавателя.

§ Задание 1. Выпишите листок нетрудоспособности на пациента с амбулаторного приема или по заданию преподавателя.

§ Задание 2. Выпишите рецепты на лекарственные препараты, назначенные пациенту во время приема или по заданию преподавателя.

1. Rp.:	2. Rp.:
3. Rp.:	4. Rp.:

§ Задание на дом. Дайте, пожалуйста, ответы на задания письменно.

- 1) Этапы лечения при железодефицитной анемии (ЖДА).
- 2) Критерии эффективности терапии препаратами железа.
- 3) Диагностика ЖДА.
- 4) Назовите целевой уровень различных фракций липидов - общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ) - для пациентов, имеющих ИБС и ГБ.
- 5) Опишите препараты, заданные преподавателем, по схеме: торговое название, группа, подгруппа, МНН, механизм действия, эффекты, показания, противопоказания.

Домашняя работа

[illegible]

[illegible]

6 курс 12 семестр

Занятие 21

Защита научно-исследовательской работы

Защита научно-исследовательской работы проводится у студентов 6 курса в 12 семестре на последнем занятии, как результат освоения практических навыков и теоретического материала по циклу поликлиническая терапия.

Работа должна быть представлена в документе **Word** (шрифт Times New Roman 12, межстрочный интервал 1,5; выравнивание по ширине, наличие правильно оформленного титульного листа, плана работы, наличие цели, задач, перечисление и описание методов исследования, описание и обоснование результатов исследования, выводы, список литературы не менее 30 источников за последние 5 лет) и в виде **презентации** (согласно требованиям), по которой будет осуществляться доклад.

Работа должна быть структурированной, должны прослеживаться причинно-следственные связи, логически обоснованные выводы. Время, предоставленное для защиты работы, 10 минут. Докладчик должен рассказать доклад, а не читать. Распечатанная работа сдается преподавателю после выступления. В конце защиты задаются вопросы по теме работы, на которые студент должен ответить.

При соблюдении всех требований работу можно считать выполненной.

Желаем Вам удачи в выполнении научно-исследовательской работы!

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ					
первичный ☐		продолжение листа нетрудоспособности № _____			
дубликат ☐					
(наименование медицинской организации)					
(адрес медицинской организации)					
Дата выдачи _____ (ОГРН) _____					
Ф. И. О. _____					
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)					
М. Ж. Причина нетрудоспособности код доп код код изм.					
(Дата рождения)					
(место работы-наименование организации)					
Основное По совместительству № _____					
Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости ☐					
дата 1 дата 2 № путевки ОГРН санатория или клиники НИИ					
возраст (лет/мес.) родственная связь ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход					
Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет					
Отметки о нарушении режима Дата Подпись врача:					
Находился в стационаре: с по					
Дата направления в бюро МСЭ: Установлена/изменена группа инвалидности					
Дата регистрации документов в бюро МСЭ: Подпись руководителя бюро МСЭ:					
Освидетельствован в бюро МСЭ: Подпись руководителя бюро МСЭ:					
ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ					
С какого числа		По какое число		Должность врача	
				Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	
				Подпись врача	
ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ С Иное: Подпись врача:					
Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Подпись врача:					
Основное По совместительству					
(место работы-наименование организации)					
Регистрационный № Код подчинённости					
ИНН нетрудоспособного: (при наличии) СНИЛС					
Акт формы Н-1 от					
Условия исчисления Страховой стаж: лет мес. в т.ч. нестраховые периоды: лет мес.					
Дата начала работы					
Причитается пособие за период: с по					
Средний заработок для исчисления пособия: р к. Средний дневной заработок р к.					
Сумма пособия: за счёт средств работодателя р к. за счёт средств Фонда социального страхования Российской Федерации р к. Итого начислено р к.					
Фамилия и инициалы руководителя: Подпись					
Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: Подпись					
линия отреза					
ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ					
0000000000		первичный ☐ продолжение листа нетрудоспособности № _____			
		дубликат ☐			
Ф. И. О. _____					
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)					
(место работы-наименование организации)					
Основное По совместительству № _____					
№ истории болезни					
Дата выдачи - -					
расписка получателя					

ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

В строке «Причина нетрудоспособности» в первых двух клетках указать соответствующий двухзначный код

- | | |
|--|--|
| 01 - заболевание | 11 - заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 |
| 02 - травма | 12 - в случае заболевания ребенка, включенного в перечень заболеваний, определяемый Минздравсоцразвития России в соответствии с ч. 5 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» |
| 03 - карантин | 13 - ребенок-инвалид |
| 04 - несчастный случай на производстве или его последствия | *14 - поствакцинальное осложнение или злокачественное новообразование у ребенка |
| 05 - отпуск по беременности и родам | *15 - ВИЧ-инфицированный ребенок |
| 06 - протезирование в стационаре | <i>*Коды 14 и 15 проставляются только при согласии застрахованного лица</i> |
| 07 - профессиональное заболевание или его обострение | |
| 08 - долечивание в санатории | |
| 09 - уход за больным членом семьи | |
| 10 - иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.) | |

В строке «Причина нетрудоспособности», вслед за двухзначным кодом, указать дополнительный трехзначный код

- 017 - при лечении в специализированном санатории
 018 - при санаторно-курортном лечении в связи с несчастным случаем на производстве в период временной нетрудоспособности (до направления на МСЭ)
 019 - при лечении в клинике научно-исследовательского учреждения (института) курортологии, физиотерапии и реабилитации
 020 - при дополнительном отпуске по беременности и родам
 021 - при заболевании или травме, наступившей вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением

В строке «дата1» проставляется дата изменения причины нетрудоспособности, предполагаемая дата родов, дата начала путевки, в строке «дата2» проставляется дата окончания путевки, в строке № путевки проставляется номер путевки.
 Пример записи: «05.10.2011 17.10.2011 №00000000»

В блоке «По уходу» предусмотрены 2 строки в случае ухода за двумя членами семьи, в каждой строке указывается последовательно возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество.

В строке «Отметка о нарушении режима» указать код

- 23 - несоблюдение предписанного режима, самовольный уход из стационара, выезд на лечение в другой административный район без разрешения лечащего врача
 24 - несвоевременная явка на прием к врачу
 25 - выход на работу без выписки
 26 - отказ от направления в учреждение медико-социальной экспертизы
 27 - несвоевременная явка в учреждение медико-социальной экспертизы
 28 - другие нарушения

В строке «Иное» указать код:

- 31 - продолжает болеть
 32 - установлена инвалидность
 33 - изменена группа инвалидности
 34 - умер
 35 - отказ от проведения медико-социальной экспертизы
 36 - явился трудоспособным
 37 - долечивание

В строке «родственная связь» указать код

- 38 - мать;
 39 - отец;
 40 - опекун;
 41 - попечитель;
 42 - иной родственник, фактически осуществляющий уход за больным членом семьи

В строке «Условия исчисления» указать код (при необходимости несколько кодов)

- 43 - лицо, относящееся к категории лиц, подвергшихся воздействию радиации
 44 - лицо, приступившее к работе в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях до 2007 года и продолжающее работать в этих местностях
 45 - лицо, имеющее инвалидность
 46 - трудовой договор менее 6 месяцев (не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»)
 47 - заболевание (травма) наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы
 48 - уважительная причина нарушения режима
 49 - продолжительность заболевания превышает 4 месяца подряд (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 50 - продолжительность заболевания превышает 5 месяцев в календарном году (для лиц, имеющих инвалидность); не проставляется в случае указания кода 11 в строке «Причина нетрудоспособности»
 51 - неполное рабочее время

Строка «Дата начала работы» заполняется для кодов 01 и 02 в случаях аннулирования трудового договора

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ НОМЕР, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В ЛЕВОЙ ЧАСТИ КОРЕШКА БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НОМЕРОМ БЛАНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер
и дату лицензии, наименование органа
государственной власти, выдавшего лицензию)

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 14 января 2019 г. № 4н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

« _____ » _____ 20 _____ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) пациента

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее — при наличии) лечащего

врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года _____

(нужное подчеркнуть)

(указать количество месяцев)

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ №125н от 21.03.2014 (Приложение 1) с поправками, внесенными приказом Минздрава России от 16 июня 2016 года N 370н и приказом Минздрава России от 13 апреля 2017 года N 175н

Возраст Инфекция	ДЕТИ ДО 18 ЛЕТ															ВЗРОСЛЫЕ					
	Месяцы										Годы					Годы					
	0	1	2	3	4.5	6	12	15	18	20	6	7	14	15-17	18-25	26-35	36-55	56-59	60+		
Туберкулез	3-7 сут										RV										
Гепатит В	V1	V2				V3															
	V1	V2	V3				V4														
Пневмококковая инфекция			V1		V2			RV													
Коклюш				V1	V2	V3			RV1												
Дифтерия				V1	V2	V3			RV1		АДС-м	АДС-м			Каждые 10 лет с момента последней ревакцинации АДС-м						
Столбняк				V1	V2	V3			RV1		RV2	RV3									
Полиомиелит				V1	V2	V3			RV1	RV2			RV3								
				ИПВ	ИПВ	ОПВ			ОПВ	ОПВ			ОПВ								
					V3				RV1	RV2			RV3								
					ИПВ				ИПВ	ИПВ			ИПВ								
Гемофильная инфекция				V1	V2	V3			RV												
Корь							V1				V2										
Краснуха							V1				V2				Девушки						
Эпидемический паротит							V1				V2										
Грипп										Ежегодно											
	Всем лицам данной группы			Лицам из групп риска, по показаниям, призванным (грипп)							Ранее не привитым, не болевшим, не имеющим сведений и однократно привитым (для кори и краснухи)										
V1, 2, 3 – порядковый номер вакцинации						ИПВ – инактивированная полиомиелитная вакцина						АДС-м – анатоксин дифтерийно-столбнячный очищенный с уменьшенным содержанием антигенов									
RV1, 2, 3 – порядковый номер ревакцинации						ОПВ – оральная полиомиелитная вакцина															

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (опросник)

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время
4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу	4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто	5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко
Сумма баллов по части I _____	Сумма баллов по части II _____



Рис. . Патогенез подагры

Список литературы

1. Клинические рекомендации по кардиологии и коморбидным болезням / под ред. Ф.И. Белялова. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 384 с.
2. Клинические рекомендации. Подагра / Ассоциация ревматологов России. – 2018. – Текст: электронный. – URL: https://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/api.ashx?op=GetClinrecPdf&id=251_1 (дата доступа: 15.01.2021).
3. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации / Р. Г. Оганов, И. Н. Денисов, В. И. Симаненков [и др.]. – DOI: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16, № 6. – С. 5–56.
4. Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи : пособие для врачей-терапевтов / С. А. Алексеенко, А. А. Багдасарян, И. Г. Бакулин [и др.] ; ред. О. М. Драпкина. - М. : [Б. и.], 2019. - 32 с.
5. Обновленные рекомендации по ведению пациентов с остеоартритом суставов кистей / А. М. Лиля, Л. И. Алексеева, Е. А. Таскина [и др.] // РМЖ. – 2020. – Т. 28, № 7. – С. 2–8.
6. Петрова, М. М. Современные представления о проблеме ортостатической гипотензии / М. М. Петрова, О. Д. Остроумова, М. С. Черняева. – DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-4-116-126 // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 116–126.
7. Скорая медицинская помощь : национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннулина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 888 с.

Законодательные документы

1. Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н. – Текст: электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72130858/> (дата обращения: 09.02.2021).
2. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. N 125н. – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/70647158/> (дата обращения: 09.02.2021).
3. Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 сентября 2020 г. № 1029н. – Текст: электронный. – URL: https://www.invalidnost.com/MSE/MZ/1029_SKL_2020/prikaz_minzdrava_ot_28.09.2020_n_1029n_skl.pdf (дата обращения: 09.02.2021).
4. Об утверждении порядка выдачи и оформления листков нетрудоспособности, включая порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 сентября 2020 г. № 925н. – Текст: электронный. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74532246/> (дата обращения: 09.02.2021).
5. Об утверждении формы направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией (с изменениями и дополнениями): Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2018 г. N 578н/606н. – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/72113818/> (дата обращения: 09.02.2021).
6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 22.12.2020). – Текст: электронный. – URL: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения: 09.02.2021).

Типография КрасГМУ
Подписано в печать 22.11.2021. Заказ № 18998

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1