

***Методические рекомендации к самостоятельной работе по дисциплине
Б1.О.37 Поликлиническая терапия***

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Уровень высшего образования: специалитет
квалификация: врач-лечебник
Форма обучения: очная
Срок обучения: 6 лет

Методические рекомендации по дисциплине рассмотрены и одобрены на заседании Ученого совета института (протокол № 1 от 16.01.2024) и утверждены приказом ректора № 2 от 19.01.2024 года.

Методическая разработка для преподавателя

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса. по дисциплине Поликлиническая терапия

1.1 Самостоятельная работа студентов является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых на занятиях лекционного типа знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, навыков решения актуальных проблем формирования универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовки к занятиям семинарского типа, сдаче зачетов и экзаменов.

Самостоятельная работа студентов представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего профессионального образования в соответствии с ООП.

Навыки самостоятельной работы по освоению каких-либо знаний приобретаются человеком с раннего детства и развиваются в течение всей жизни. К началу обучения в вузе каждый студент имеет личный опыт и навыки организации собственных действий, полученные в процессе обучения в школе, учреждениях дополнительного образования, во время внешкольных занятий и в быту. Однако при обучении в вузе требования к организации самостоятельной работы существенно возрастают, так как они связаны с освоением сложных универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

1.2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся, по дисциплине Поликлиническая терапия

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Общепрофессиональные компетенции		
ПК-2	Способен к участию в оказании медицинской помощи в экстренной форме	ИПК-2.9 оказания медицинской помощи в экстренной форме

1.3 Содержание самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Организация амбулаторно-поликлинической службы	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

2	Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
3	Экспертиза временной нетрудоспособности	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4	Экспертиза стойкой нетрудоспособности	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
5	Респираторные инфекции в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
6	Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
7	Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8	Синдром лихорадки в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8.1	Симуляционный курс - Сбор жалоб и анамнеза.	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
9	Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
10	Кардиалгия в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
11	Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
12	Нарушения ритма в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
13	Артериальные гипертензии в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
14	Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
15	ТЭЛА в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
16	Реабилитация больных после ОИМ и ОНМК	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
17	Реабилитация кардиохирургических больных	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
18.	Метаболический синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
19.	Заболевания почек в амбулаторной практике	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
19.1	Симуляционный курс-диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
20.	Анемический синдром в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

21.	Гемабласты в амбулаторной практике	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
22.	Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
23.	Кислотозависимая патология Желудка в амбулаторной практике	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
24.	Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
25.	Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
26.	Остеопороз в амбулаторной практике	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
26.1	Симуляционный курс диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу	
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
29	Паллиативная помощь.	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
31.	Стационар замещающие технологии	составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу	
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
29	Паллиативная помощь.	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	реферативного
31.	Стационарзамещающие	Составление доклада/устного сообщения, решение ситуационных задач	

	технологии	сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно- сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
3	СРС (ИТОГО)-140 часов	-

2. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Самостоятельная работа в рамках образовательного процесса в вузе решает следующие задачи:

- закрепление и расширение знаний, умений, полученных студентами во время аудиторных и внеаудиторных занятий, превращение их в стереотипы умственной и физической деятельности;
- приобретение дополнительных знаний и навыков по дисциплинам учебного плана;
- формирование и развитие знаний и навыков, связанных с научно-исследовательской деятельностью;
- развитие ориентации и установки на качественное освоение образовательной программы;
- развитие навыков самоорганизации;
- формирование самостоятельности мышления, способности к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной теоретической, практической и учебно-исследовательской деятельности;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста.

3. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине Поликлиническая терапия выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная. Тесная взаимосвязь этих видов работ предусматривает дифференциацию и эффективность результатов ее выполнения и зависит от организации, содержания, логики учебного процесса (межпредметных связей, перспективных знаний и др.):

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются: написание рефератов, презентаций, решение ситуационных задач.

3.1. Перечень тематик докладов, рефератов и презентаций (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема по плану	Вопросы
Тема 1.	1. Диспансеризация населения: виды, тактика проведения, документация (анкетирование) 2. Диспансеризация и профилактика у пульмонологических, кардиологических, нефрологических больных
Тема 2	1. Особенности оказания медико-санитарной помощи гражданам особых групп: беременным 2. Особенности оказания медико-санитарной помощи гражданам особых групп: подросткам
Тема 3	1. Порядок выдачи, оформления и продления листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. 2. Порядок оформления освобождения в случае заболевания учащегося или студента. 3. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения. 4. Структура и функции ВК
Тема 4	1. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у пульмонологических больных. 2. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у кардиологических, больных. 3. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у нефрологических больных
Тема 5	1. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у лиц пожилого возраста.

	2. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у детей и подростков
Тема 6	1. Алгоритм обследования в условиях поликлиники больных с бронхообструктивным синдромом для верификации диагноза и формы заболевания. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи пациенту с приступом БА на догоспитальном этапе. 3. Диагностические критерии бронхиальной астмы
Тема 7	1. Внебольничные пневмонии. Стандарт и тактика ведения в поликлинике, показания к госпитализации. 2. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших пневмонию. 3. Экспертиза нетрудоспособности у больных пневмонией
Тема 8	1. Лихорадка в сочетании с болями в животе, с гепатоспленомегалией. 2. Лихорадка в сочетании с лимфоаденопатией, с кожными проявлениями, с суставно-мышечным синдромом (артриты, арталгии, миалгии, миозиты). 3. Лихорадка в сочетании с анемическим синдромом, с мочевым синдромом. 4. Лихорадка в сочетании с поражением легких и плевры. 5. Антипиретики: характеристика, показания, противопоказания, побочные эффекты.
Тема 10	1. Лечение нестабильной стенокардии на догоспитальном этапе. 2. Антилипидемические препараты. Показания, противопоказания. 3. Экстракорпоральные методы лечения дислипидемии (ДЛП).
Тема 11	1. Значение биомаркеров повреждения миокарда для диагностики и дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома. 2. Визуализирующие инструментальные методы обследования в диагностике и дифференциальной диагностике ишемии и некроза миокарда. 3. Нагрузочные пробы в диагностике и дифференциальной диагностике стабильной ишемической болезни сердца на амбулаторном этапе.
Тема 12	1. Отечный синдром как клинический маркер ХСН. Дифференциальный диагноз на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи. 2. План обследования пациента в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных с ХСН. 3. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, страдающих ХСН. 4. Показания для санаторно-курортного лечения.
Тема 13	1. Значение выявления «высоких» и «низких» блокад сердца, показания для имплантации искусственного водителя ритма (постоянного и временного). 2. Реанимационные мероприятия при асистолии желудочков. 3. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших аритмию сердца. 4. Показания для санаторно-курортного лечения. 5. Экспертиза нетрудоспособности у больных с аритмией сердца.
Тема 14	1. Вторичные АГ. Группы. Алгоритм диагностического поиска. 2. АГ и коморбидные состояния. Особенности лечебных мероприятий. 3. Вазоренальная и ренальная гипертензии: основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию; объем обследования для установления диагноза.

	<p>4. Симптоматические гипертензии эндокринного генеза: эндокринная патология, сопровождающаяся повышением АД; основные симптомы первичного альдостеронизма, болезни Иценко-Кушинга, феохромоцитомы; тиреотоксикоза, объем обследования для выявления этих заболеваний.</p> <p>5. Гемодинамические гипертензии и гипертензии центрального генеза основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию; объем обследования для установления диагноза</p>
Тема 15	<p>1. Роль физиотерапии и лечебной физкультуры при остром коронарном синдроме.</p> <p>2. Первичная профилактика ОКС.</p> <p>3. Вторичная и третичная профилактика у лиц, перенесших ОКС.</p> <p>4. Экспертиза трудоспособности у лиц, перенесших ОКС.</p> <p>5. Реабилитация больных, перенесших ОКС.</p>
Тема 16	<p>1. Критерии эффективности терапии ТЭЛА.</p> <p>2. Первичная профилактика ТЭЛА.</p> <p>3. Вторичная и третичная профилактика у лиц, перенесших ТЭЛА.</p> <p>4. Экспертиза трудоспособности у лиц, перенесших ТЭЛА.</p> <p>5. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших ТЭЛА</p>
Тема 17	<p>1. Трудоспособность после инфаркта миокарда, ОНМК.</p> <p>2. Критерии оценки степени восстановления и сохранения трудоспособности после инфаркта миокарда, ОНМК.</p> <p>3. Аспекты вторичной профилактики ИБС у больных, перенесших инфаркт миокарда.</p> <p>4. Антитромбоцитарная терапия у больных после ИМ и ОНМК.</p> <p>5. Стандартные программы реабилитации кардиохирургических больных</p>
Тема 18	<p>1. Современная тактика ведения больного кардиологического профиля, при которых возникает необходимость в кардиохирургическом вмешательстве, при оказании первичной медикосанитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами.</p> <p>2. Принципы диспансеризации кардиохирургических больных (пороки сердца, ИБС, аритмии) до и после кардиохирургического вмешательства.</p>
Тема 19	<p>1. Современные методы диагностики и лабораторных маркеров инсулинорезистентности (степень ожирения, ИМТ, ОТ/ОБ, и др.)</p> <p>2. Современные методики лабораторной диагностики гормональной активности адипоцитов (лептин, резистин, адипонектин, висфатин, фактор некроза опухолей - α, ил-6 и др.)</p> <p>3. Тактика ведения (обследование, лечение) пациентов с ожирением и СД типа 2, как составных составляющих МС.</p> <p>4. Выбор современных патогенетических принципов лечения больных с МС (диетотерапия, физическая нагрузка, таблетированные сахароснижающие препараты, гиполипидемические и гипотензивные препараты, др.)</p>
Тема 20	<p>1. Хронический пиелонефрит: протоколы и стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация.</p> <p>2. Хроническая болезнь почек. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз.</p> <p>3. Хроническая почечная недостаточность. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз.</p>
Тема 22	<p>1. Профилактика рецидивов ЖДА.</p> <p>2. Тактика ведения больных при мегалобластных анемиях.</p> <p>3. Лечение гемолитической и гипопластической анемии.</p> <p>4. Показания к госпитализации. Показания к гемотранфузии</p>

Тема 23	<ol style="list-style-type: none"> 1. Миеломная болезнь. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, критерии. Этапы лечения, принципы. 2. Полицитемия. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, критерии. Этапы лечения, принципы. 3. Современные лекарственные средства, контроль эффективности. 4. Показания к госпитализации. Показания к гемотрансфузии.
Тема 24	<ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая картина хронических гепатитов, цирроза печени 2. Причины развития гепатомегалии и гепатолиенального синдрома: хронические гепатиты и циррозы печени. Критерии верификации диагноза. 3. Особенности течения различных форм хронических воспалительных заболеваний печени. Стадии развития процесса. 4. Диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом (лабораторные, инструментальные, морфологические методы исследования). 5. Клиническая картина хронических гепатитов, цирроза печени.
Тема 25	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дифференцированное лечение кислотозависимых заболеваний верхних отделов ЖКТ в период обострения и ремиссии
Тема 26	<ol style="list-style-type: none"> 1. Особенности течения различных форм хронических воспалительных заболеваний печени. Стадии развития процесса. 2. Диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом.
Тема 27	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пожилые пациенты с ОА: вопросы коморбидности в выборе средств лечения
Тема 28	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тактика ведения больного с остеопорозом при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами
Тема 30	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (АГ+СД), при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами 2. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (АГ+БА) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами 3. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (метаболический синдром + БА,) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами 4. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (ЯБ+ИБС и др.) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами.
Тема 31	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагностика опухолей органов пищеварения (желудка; пищевода; прямой и ободочной кишки; предстательной железы). 2. Диагностика рака легкого. 3. Диагностика лимфом, лимфаденопатий и метастазов в периферические лимфатические узлы. 4. Деонтология в онкологии в условиях поликлиники
Тема 32	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диспансеризация длительно иммобилизованных пациентов 2. Реабилитация ДИ пациентов
Тема 33	<ol style="list-style-type: none"> 1. Соматическая патология, при беременности. 2. Критические периоды беременности для обострения сердечно-сосудистых заболеваний. 3. Особенности ведения беременных с артериальной гипертензией в условиях поликлиники.

Тема 34	<ol style="list-style-type: none"> 1. Стационаро-замещающие технологии в ведении больных терапевтического профиля. Виды. Организация на амбулаторно-поликлиническом этапе 2. Проблема госпитального ведения пациентов с АГ в России. 3. История развития стационаро-замещающих технологии в ведении больных терапевтического профиля
----------------	---

Темы рефератов и презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

3.2. Перечень ситуационных задач

Задача 1

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск(SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.
4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.
5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

Эталон ответа

1. Группа здоровья I, так как у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.

2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.

3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ₁ и ОФВ₁/ФЖЕЛ $\leq 0,7$. Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ: клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулёза спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия. При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

5. Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки. Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион. Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

Задача 2

На терапевтическом участке с численностью взрослого населения 1700 человек на конец календарного года на диспансеризацию пришли 395 человека. 2 пациента не заполнили анкету и 2 других пациента не были осмотрены врачом-терапевтом участковым. Объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86%, в рамках 2 этапа – 100%. Всем пациентам, осмотренным врачом-терапевтом участковым, проведено краткое профилактическое консультирование. Углублённое индивидуальное консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Углублённое групповое (в рамках школ) консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение врачом-терапевтом участковым или врачами специалистами.

Вопросы:

1. Рассчитайте количество человек, прошедших диспансеризацию на данном участке. Обоснуйте Ваш ответ.

2. Рассчитайте показатель «Охват диспансеризацией» на данном участке и оцените его.

3. Оцените объём выполненных исследований в рамках 1 и 2 этапов, обоснуйте Ваш ответ.

4. Оцените охват пациентов углублённым профилактическим консультированием в рамках 2 этапа, обоснуйте Ваш ответ.

5. Рассчитайте показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» и оцените его.

Эталон ответа

Диспансеризацию прошли 391 пациент (2 пациентов, которые не заполнили анкету и 2 других, которые не явились на осмотр врачом-терапевтом участковым, не включают в число, прошедших диспансеризацию, так как заполнение анкеты и осмотр врачом-терапевтом участковым являются обязательными для каждого пациента).

1. Показатель «Охват диспансеризацией» на терапевтическом участке рассчитывается как отношение количества пациентов, прошедших в данном календарном году диспансеризацию, к количеству взрослого населения, проживающего на этом участке. Диспансеризацию прошли 391 пациент. Охват диспансеризацией на данном участке составил 23%, что свидетельствует о достаточном охвате (плановое значение – не менее 23%).

2. Диспансеризацию следует считать завершённой, так как объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86% (плановое значение – не менее 85%), в рамках 2 – 100% (плановое значение 100%).

3. Пациенты с высоким или очень высоким сердечно-сосудистым риском должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового профилактического консультирования. По итогам диспансеризации охват пациентов углублённым профилактическим консультированием составил 62%, то есть охват достаточный (плановое значение – не менее 60%).

4. Все пациенты с впервые выявленными заболеваниями, включёнными в список заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» рассчитывается как отношение числа пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, к числу пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении (в процентах). В данном случае все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение, то есть показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» составил 100%. Это хороший показатель, так как целевой уровень этого показателя должен быть близок к 100%.

Задача 3

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

Эталон ответа

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.

2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рек-но применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуются осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности – анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуются соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

Задача 4

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями. При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм. рт. ст., ЧДД 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м², окружность талии 98 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?

2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?

3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?

4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы.

Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?

5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

Эталон ответа

1. Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография легких, клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления

2. Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография легких и исследования кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа – эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).

4. Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный ($\geq 1\%$ и $< 5\%$). Абсолютный сердечно-сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учетом возраста пациента (54 года), пола (мужской), курения (нет), уровня систолического АД (127 мм рт. ст.) и уровня холестерина крови (4,1 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет выше 1%, но менее 2%, поскольку все модифицируемые факторы риска находятся ниже целевых значений, но базовый риск в данном возрасте для мужчин в Российской Федерации превышает 1%.

5. Пациенту следует рекомендовать занятия физическими упражнениями и соблюдение здоровой диеты. Физические упражнения значительно снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и смертности в целом. Следует рекомендовать не менее 30 минут умеренной физической активности в день. Здоровая диета должна препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых факторов риска, как избыточная масса тела (что имеется у данного пациента), дислипидемия, артериальная гипертензия. Данному пациенту необходимо рекомендовать снижение массы тела для достижения целевого ИМТ ≤ 25 кг/м². Калорийность рациона должна не превышать 2100 ккал в сутки, при этом белками обеспечивается 10–15%, жирами – 20–30 %, а углеводами 55–70 % (не более 10 % простыми углеводами) калорийности. Потребление поваренной соли должно составлять < 6 грамм в сутки. Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500 г в сутки (≥ 5 порций), без учета картофеля.

Задача 5

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с

трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

Эталон ответа

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.

3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β₂-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β₂-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.

4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня.

Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжёлый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.

5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1 < 50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

Задача 6

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуоденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезёнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Тест на Нр после эрадикационной терапии (–).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов. Обоснуйте Ваше решение.
3. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.
4. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

Эталон ответа

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лёгкое течение, фаза ремиссии.
2. Показана профилактика рецидивов «по требованию». Рекомендовано: при появлении первых симптомов обострения заболевания необходим приём препаратов протонной помпы в лечебной дозе (Омепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Лансопразол по $0,03 \times 2$ раза в день, или Пантопразол по $0,04 \times 2$ раза в день, или Рабепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Эзомепразол по $0,02 \times 2$ раза в день) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель.

Если в течение первых 2-3 дней лечения симптомы не исчезнут, необходимо явиться к врачу и сделать эзофагогастродуоденоскопию. Рекомендована медикаментозная профилактика рецидивов «по требованию», так как течение заболевания лёгкое и эрадикационная терапия была успешной (тест на Нр после лечения (-)). Данный вид медикаментозной профилактики рекомендуется при лёгкой и средней тяжести течения язвенной болезни и успешной эрадикационной терапии.

3. Показания для «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии антисекреторным препаратом в половинной дозе (ежедневно вечером по 150 мг Ранитидина или по 20 мг Фамотидина): неэффективность проведённой эрадикационной терапии; осложнения (язвенное кровотечение или перфорация); наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов; сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит; больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию; выраженная рубцовая деформация поражённого органа; язвенная болезнь у злостных курильщиков.

4. Пациент подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового в течение 5 лет после обострения. Кратность осмотра – 1 раз в год. Консультация врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год. Эзофагогастродуоденоскопия и анализ кала на скрытую кровь – при обострении. Если в течение 5 лет не было рецидива заболевания с диспансерного учета можно снять.

5. В период ремиссии пациент трудоспособен, так как работа инженера связана с умеренным эмоциональным напряжением и не противопоказана пациенту. В период обострения больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 14-16 дней. Санаторно-курортное лечение – в период ремиссии в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические с питьевыми минеральными водами, грязевые и климатические. В период обострения заболевания санаторно-курортное лечение противопоказано.

4. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);

- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);

- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: кафедра, учебно-методическое управление, преподаватель, электронная информационно-образовательная среда института и сам обучающийся.

5. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Поликлиническая терапия

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Организация амбулаторно-поликлинической службы	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
2	Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
3	Экспертиза временной нетрудоспособности	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4	Экспертиза стойкой нетрудоспособности	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
5	Респираторные инфекции в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
6	Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
7	Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8	Синдром лихорадки в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8.1	Симуляционный курс - Сборжалоб и анамнеза.	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
9	Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
10	Кардиалгия в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
11	Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
12	Нарушения ритма в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
13	Артериальные гипертензии в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
14	Острый коронарный	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

	синдром в практике врача-терапевта	сообщения, решение ситуационных задач
15	ТЭЛА в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
16	Реабилитация больных после ОИМ и ОНМК	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
17	Реабилитация кардиохирургических больных	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
18.	Метаболический синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
19.	Заболевания почек в амбулаторной практике	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
19.1	Симуляционный курс-диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
20.	Анемический синдром в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
21.	Гемабластозы в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
22.	Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
23.	Кислотозависимая патология Желудка в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
24.	Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
25.	Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.	Остеопороз в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.1	Симуляционный курс - диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационар замещающие технологии	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационарзамещающие технологии	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
3	СРС (ИТОГО)-140 часов	-

6. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Поликлиническая терапия.

Оценка	Критерии оценивания
Для оценки решения ситуационной задачи:	
«отлично»	Задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
«хорошо»	Задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
«удовлетворительно»	Задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
«неудовлетворительно»	Задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы
Для оценки рефератов:	
«отлично»	Реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
«хорошо»	Реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта

	всесторонне, присутствует логика изложения материала.
«удовлетворительно»	Реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	Тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.
Для оценки презентаций:	
«отлично»	Содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«хорошо»	Содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.
«удовлетворительно»	Содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.
«неудовлетворительно»	Содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.
Для практических навыков:	
«отлично»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
«хорошо»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов.
«удовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
«неудовлетворительно»	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено.
Для оценки доклада/устного реферативного сообщения:	
«отлично»	выставляется, если содержание устного реферативного сообщения

	отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
«хорошо»	выставляется, если содержание устного реферативного сообщения отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала.
«удовлетворительно»	выставляется, если аргументация взгляда на проблему недостаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
«неудовлетворительно»	выставляется, если тема устного реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы.

Методическая разработка для обучающегося

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине Поликлиническая терапия

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя, студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями по дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может: сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

Обучение в вузе предполагает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто. Для некоторых становится нормой не заниматься весь семестр, а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Формы	Описание
Работа с книгой	<p>При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.</p> <p>Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.</p> <p>Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.</p> <p>Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).</p> <p>При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.</p> <p>Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.</p> <p>Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при прочитывании записей лучше запоминались.</p> <p>Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.</p> <p>Различают два вида чтения; первичное и вторичное. <i>Первичное</i> - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения. Задача <i>вторичного</i> чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).</p>
Работа с литературой	<p>Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к</p>

следующим:

Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться.

Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).

Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).

Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.

При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...

Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).

Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).

Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном.

Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того на сколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во

многим зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения, излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь.

Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом:

1. Аннотирование – предельно краткое связное описание просмотренной или прочитанной книги (статьи), ее содержания, источников, характера и назначения;
2. Планирование – краткая логическая организация текста, раскрывающая содержание и структуру изучаемого материала;
3. Тезирование – лаконичное воспроизведение основных утверждений автора без привлечения фактического материала;
4. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек,

	<p>извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;</p> <p>5. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного. Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.</p>
<p>Составление конспекта</p>	<p>Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;</p> <p>Выделите главное, составьте план;</p> <p>Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;</p> <p>Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.</p> <p>Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.</p> <p>В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.</p> <p>Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.</p>
<p>Занятия семинарского типа</p>	<p>Для того чтобы занятия семинарского типа приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.</p> <p>При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.</p> <p>Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по</p>

	<p>возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.</p>
Самопроверка.	<p>После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.</p> <p>В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале. Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.</p>
Консультации	<p>Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.</p>
Подготовка к экзаменам и зачетам.	<p>Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.</p> <p>Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.</p> <p>В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.</p> <p>Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неутомительные занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на</p>

	<p>кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.</p> <p>Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.</p> <p>Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.</p>
<p>Подготовка к зачетам и экзаменам</p>	<p>Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).</p> <p>Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.</p> <p>Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.</p> <p>Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).</p> <p>Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.</p>
<p>Написание научных текстов (рефератов)</p>	<p>Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.</p> <p>Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.</p> <p>Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего</p>

	<p>«информационного мусора»).</p> <p>Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.</p> <p>Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.</p>
--	--

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине Поликлиническая терапия

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1	Организация амбулаторно-поликлинической службы	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
2	Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
3	Экспертиза временной нетрудоспособности	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4	Экспертиза стойкой нетрудоспособности	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
5	Респираторные инфекции в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
6	Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
7	Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8	Синдром лихорадки в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8.1	Симуляционный курс - Сборжалоб и анамнеза.	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
9	Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
10	Кардиалгия в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
11	Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
12	Нарушения ритма в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
13	Артериальные гипертензии в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
14	Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

15	ТЭЛА в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
16	Реабилитация больных после ОИМ и ОНМК	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
17	Реабилитация кардиохирургических больных	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
18.	Метаболический синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
19.	Заболевания почек в амбулаторной практике	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
19.1	Симуляционный курс-диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
20.	Анемический синдром в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
21.	Гемабласты в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
22.	Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
23.	Кислотозависимая патология Желудка в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
24.	Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
25.	Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.	Остеопороз в амбулаторной практике	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.1	Симуляционный курс - диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационар замещающие технологии	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно- сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом- терапевтом	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационарзамещающие технологии	Составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно- сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
3	СРС (ИТОГО)-140 часов	-

Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине Поликлиническая терапия.

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Критерии выставления оценки

Зачтено - выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.

Не зачтено - выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы.