

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

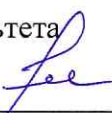
**«Псковский государственный университет»
(ПсковГУ)**

Институт медицины и экспериментальной биологии
Медицинский факультет

СОГЛАСОВАНО

Декан медицинского

факультета


Н.В. Иванова

« 15 » мая 20 20 г.



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе


О.А. Серова

« 15 » мая 20 20 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Б2.Б.04(П) Клиническая практика (помощник врача-стационара - терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического)

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Специализация ОПОП ВО

«Лечебное дело»

Очная форма обучения

Квалификация выпускника: врач-лечебник

Псков
2020

Программа рассмотрена и рекомендована к утверждению на заседании кафедры
клинической медицины, протокол № 8 от «16» 04 2020 г.

Зав. кафедрой

клинической медицины



(подпись)

Иванов, И. В.

(фамилия и инициалы)

«16» 04 2020 г.

1. Цели производственной практики

Цель производственной практики – проверка и закрепление знаний, полученных студентами при изучении основных клинических и теоретических дисциплин, закрепление полученных ранее и освоение новых практических навыков по диагностике и лечению заболеваний внутренних органов, острой хирургической патологии, течению физиологической беременности и родов, в том числе по оказанию неотложной врачебной помощи терапевтическим, хирургическим больным, беременным, роженицам и родильницам, ознакомление с организацией лечебной помощи населению и работы врача в стационаре, с основами организации здравоохранения.

2. Задачи производственной практики:

- получение и совершенствование будущими врачами практических знаний и навыков по уходу за больными;
- закрепление умений физического обследования больных;
- закрепление навыков постановки клинического диагноза и его обоснования;
- закрепление навыков составления плана обследования больных и интерпретации его результатов;
- получение навыков оформления медицинской документации стационарного больного;
- закрепление навыков составления плана лечения и профилактики заболеваний внутренних органов, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях;
- освоение диагностических и лечебных манипуляций, предусмотренных программой практики;
- знакомство с организацией и проведением санитарно-просветительной работы среди населения;
- участие в научных, практических и клинико-анатомических конференциях.

3. Место производственной практики в структуре ОПОП

Для прохождения производственной практики необходимы знания и умения, полученные при изучении дисциплин: Б1.Б.02 «Биоэтика», Б1.Б.14 «Биология», Б1.Б.15 «Анатомия», Б1.Б.16 «Топографическая анатомия и оперативная хирургия», Б1.Б.18 «Нормальная физиология», Б1.Б.22 «Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия», Б1.Б.23 «Патофизиология, клиническая патофизиология», Б1.Б.36 «Акушерство», Б1.Б.38 «Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика», Б1.Б.39 «Факультетская терапия, профессиональные болезни», Б1.Б.46 «Факультетская хирургия, урология», а также других дисциплин базовой части программы специалитета.

Теоретические дисциплины и практики, для которых прохождение данной практики необходимо как предшествующее представлены в Таблице №1.

Таблица №1.

№ п/п	Наименование последующих дисциплин	Номера разделов данной дисциплины, необходимых для изучения последующих дисциплин
1.	Госпитальная терапия, эндокринология	+
2.	Поликлиническая терапия	+
3.	Госпитальная хирургия	+
4.	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика	+
5.	Фтизиатрия	+
6.	Инфекционные болезни	+
7.	Онкология, лучевая терапия	+
8.	Гинекология	+
9.	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	+
10.	Производственная практика «Клиническая практика (помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения)	+

4. Типы (формы) и способы проведения производственной практики

Производственная практика Б2.Б.04(П) «Клиническая практика (помощник врача-стационара - терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического)» проводится в 8 семестре по специальности лечебное дело.

Тип производственной практики по модулю «Клиническая практика (помощник врача-стационара - терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического)» – клиническая практика. Способы проведения производственной практики: стационарная, выездная.

5. Место и время проведения производственной практики

В качестве основных баз практики задействуются клинические базы следующих государственных лечебно-профилактических учреждений города Пскова и Псковской области (Таблица №2).

Таблица №2.

№ п/п	Предприятие	Адрес предприятия	Рег.№, договора	Сроки действия договора	
				начало	окончание
1.	ГБУЗ ПО «Псковская станция скорой медицинской помощи»	180016, г. Псков, ул. Народная, д.17	239-Д/с	20.06.2018	31.12.2025
2.	ГБУЗ ПО «Медицинский информационно-аналитический центр»	18007, г. Псков, ул. Малясова, д.2	3	01.10.2019	31.12.2025
3.	ГБУЗ «Островская межрайонная больница»	181350, Псковская область, г. Остров, ул. К. Маркса, д.10	037-Д/С	18.10.2019	31.12.2025

4.	ГБУЗ «Печорская межрайонная больница»	151500, Псковская область, г. Печоры, ул. Набережная, д.22	041-ДС/м	15.10.2019	31.12.2025
5.	ГБУЗ «Псковская городская поликлиника»	180021, г. Псков, ул. Индустриальная, д.8	108-ДС\м	01.10.2019	31.12.2025
6.	ГБУЗ ПО «Псковская областная клиническая больница»	18007, г. Псков, ул. Малясова, д.2	262-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
7.	ГБУЗ ПО «Псковский областной клинический онкологический диспансер»	180000, г. Псков, ул. Вокзальная, д. 15а	263-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
8.	ГБУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн»	180007, г. Псков, ул. Лагерная, д.3	264-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
9.	ГБУЗ ПО «Детская областная клиническая больница»	180016, г. Псков, ул. Коммунальная, д. 35	265-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
10.	ГБУЗ «Кожно-венерологический диспансер Псковской области»	180000, г. Псков, ул. Советская, д. 44а	266-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
11.	ГБУЗ «Псковский перинатальный центр»	180016, г. Псков, ул. Кузбасской дивизии, д. 22	267-ДС/м	07.10.2019	31.12.2025
12.	ГБУЗ «Псковская межрайонная больница»	180011, Псковская область, г. Псков, ул. Ленинградское шоссе, д.65	271-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
13.	ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер»	180007, г. Псков, ул. Красноармейская д.16	272-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
14.	ГБУЗ «Псковская детская городская поликлиника»	180024, г. Псков, ул. Шестока, д.4	273-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
15.	ГБУЗ «Станция переливания крови Псковской области»	180007, г. Псков, ул. Интернациональный пер., д.4	274-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
16.	ГБУЗ ПО «Псковская станция скорой медицинской помощи»	180016, г. Псков, ул. Народная, д.17	275-ДС/м	01.11.2019	31.10.2020
17.	ГБУЗ ПО «Опочечкая межрайонная больница»	182330, Псковская область, г. Опочка, ул. Гагарина, д.65а	276-ДС/м	07.11.2019	31.12.2025
18.	ГБУЗ ПО «Псковская городская больница»	180016, г. Псков, ул. Коммунальная, д. 23	277-ДС/м	24.10.2019	31.12.2025
19.	ГБУЗ ПО «Гдовская районная больница»	181600, Псковская область, г. Гдов, ул. Белоцерковец, д.33	001-ДС	13.01.2020	31.12.2025

Производственная практика проводится в 8 семестре.

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики, соотнесенные с планируемыми результатами освоения ОПОП

6.1. В соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (утв. приказом Минобрнауки России от 19.02.2016 № 95) процесс прохождения практики направлен на формирование следующих компетенций:

- ОПК-6 – готовность к ведению медицинской документации;
- ПК-6 – способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра;
- ПК-9 – готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

6.2. Планируемые результаты обучения при прохождении практики, соотнесенные с планируемыми результатами освоения ОПОП (Таблица №3).

Таблица №3.

В результате прохождения практики студент должен:	Планируемые результаты освоения ОПОП
Знать:	
<ul style="list-style-type: none">• Этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов: пневмонии, хронического бронхита, бронхиальной астмы, ревматизма, митральных и аортальных пороков сердца, инфекционного эндокардита, гипертонической болезни, атеросклероза, ишемической болезни сердца (стенокардии, инфаркта миокарда), хронической сердечной недостаточности, хронического гастрита, язвенной болезни, хронического холецистита, хронического панкреатита, хронического гепатита, циррозов печени, острого и хронического гломерулонефрита, железодефицитной анемии;	ПК-6,
<ul style="list-style-type: none">• Современные классификации заболеваний внутренних органов;	ПК-6
<ul style="list-style-type: none">• Методику проведения ультразвуковых методов исследования сердца, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, почек; рентгенологических исследований органов грудной клетки, брюшной полости, холтеровского мониторирования, ВЭМ, спирометрии, пикфлоуметрии;	ПК-9
<ul style="list-style-type: none">• Показания и подготовку к проведению стерильной пункции;	ПК-9
<ul style="list-style-type: none">• Показания и подготовку к проведению плевральной пункции;	ПК-9
<ul style="list-style-type: none">• Правила переливания компонентов крови и кровезаменителей, клинику гемотранфузионных реакций и осложнений, принципы лечения;	ПК-9

<ul style="list-style-type: none"> • Нормальные показатели лабораторно–инструментальных методов исследований. 	ПК-6
<ul style="list-style-type: none"> • Основные принципы работы врача – терапевта в стационаре (показания к госпитализации, сроки стационарного лечения при разных заболеваниях, оформление истории болезни, экспертиза временной нетрудоспособности больных) 	ОПК-6; ПК-6; ПК-9
<ul style="list-style-type: none"> • Современные юридические нормы, регулирующие отношения врача, среднего медицинского персонала и больного; 	ПК-9
<ul style="list-style-type: none"> • основные этапы работы врача в стационаре акушерско-гинекологического профиля; 	ОПК-6; ПК-6; ПК-9;
<ul style="list-style-type: none"> • основные этапы работы врача в стационаре хирургического профиля; 	ОПК-6; ПК-6; ПК-9
Уметь:	
<ul style="list-style-type: none"> • Диагностировать и оказать неотложную помощь при приступе бронхиальной астмы, купировать гипертонический криз, ангинозный приступ и статус, оказать экстренную помощь при пароксизмальных тахикардиях, А-V блокадах, купировать болевой синдром при язвенной болезни; 	ПК-6,
<p>Интерпретировать результаты рентгенологических исследований:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости, рентгеноскопия желудка и кишечника, ирригоскопия); 2) ультразвуковых методов исследования сердца и органов брюшной полости: 3) спирометрии, пикфлоуметрии, ВЭМ и холтеровского мониторирования; 	ПК-6
<p>Выполнять следующие манипуляции:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Искусственная вентиляция легких; 2) Непрямой массаж сердца; 3) Инъекции (внутривенные); 4) Определение группы крови и резус–фактора; 5) Временная остановка кровотечения; 	ПК-6
составить план диагностических исследований при распространенных хирургических заболеваниях;	ОПК-6; ПК-6
сформулировать развернутый клинический диагноз;	ПК-6
обосновать показания к переливанию препаратов крови, операции, гравитационной хирургии крови;	ПК-6
провести экстренную профилактику столбняка, газовой гангрены и бешенства;	ПК-3, ПК-6, ПК-9
участвовать в приеме физиологических родов и производить первичную обработку новорожденных	ПК-6, ПК-9;
Владеть:	
Способностью грамотно оформить историю болезни и написать эпикриз стационарного больного	ОПК-6; ПК-9
Способностью самостоятельно собрать анамнез и провести объективное обследование пациента терапевтического, хирургического и акушерского профиля	ОПК-6 ПК-6
Способностью составить план лабораторно – инструментального обследования и анализировать полученные результаты: лабораторных исследований крови (общий анализ,	ОПК-6 ПК-6

биохимические, иммунологические и бактериологические исследования, коагулограмма); мочи (общий анализ, по Нечипоренко, по Зимницкому); мокроты (общий и бактериологический), кала (общий анализ).	
Способностью снять и расшифровать ЭКГ	ПК-6
Способностью самостоятельно работать с информацией (учебной, научной, справочной)	ПК-6
Способностью проводить работу по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни (лекции и беседы с больными, выпуск санитарного бюллетеня и др.)	ПК-6
правилами применения асептики и антисептики в хирургическом и родильном отделении;	ПК-9
подготовкой больного к плановой и экстренной операции;	ПК-6, ПК-9
перевязками, удалением тампонов и дренажей;	ПК-6, ПК-9
методиками промывания желудка, катетеризации мочевого пузыря, сифонной клизмы;	ПК-6, ПК-9
жизнеспасительными манипуляциями: искусственным дыханием, закрытым массажем сердца, временной остановкой наружного кровотечения;	ПК-6, ПК-9
методикой определения группы и резус-фактора крови и проведением пробы на совместимость перед гемотрансфузией	ПК-6, ПК-9
наружным акушерским исследованием;	ПК-6, ПК-9,
осмотром шейки матки в зеркалах;	ПК-6, ПК-9,
бимануальным исследованием;	ПК-6, ПК-9,
определением срока беременности, родов	ПК-6, ПК-9,
определением предполагаемой массы плода;	ПК-6, ПК-9,
Методикой вскрытия плодного пузыря;	ПК-6, ПК-9,
Методикой взятия мазков из влагалища, цервикального канала на бактериоскопическое, бактериологическое, цитологическое исследование;	ПК-6, ПК-9,
Методикой ведения нормальных родов;	ПК-6, ПК-9.
Оценкой новорожденного по шкале Апгар;	ПК-6, ПК-9,
проведением первичного туалета новорожденного;	ПК-6, ПК-9,
Методикой определения целостности последа и оценка кровопотери в родах;	ПК-6, ПК-9,
Методикой выполнения перинеотомии и эпизиотомии;	ПК-6, ПК-9,
Методикой осмотра мягких родовых путей в помощьью зеркал после родов;	ПК-6, ПК-9,
Методикой ассистирования при ушивании разрывов промежности, влагалища, шейки матки;	ПК-6, ПК-9,
Методикой снятия швов с промежности после родов.	ПК-6, ПК-9,
Оформлением медицинской документации	ОПК-6

7. Структура и содержание производственной практики

7.1. Объем модуля Б2.Б.04(П) «Клиническая практика (помощник врача-стационара - терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического)» и виды учебной работы

Общий объём производственной практики составляет **5** зачетных единиц.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		8
Контактная работа обучающихся с преподавателем	17	17
В том числе:		
Консультации по прохождению практики	17	17
Ознакомительные лекции	-	-
Самостоятельная работа (всего)	163	163
В том числе:		
Отчет по практике	8	8
Другие виды самостоятельной работы	155	155
Промежуточная аттестация (всего)	0,25	0,25
в т.ч. контактная работа обучающегося с преподавателем: – зачет с оценкой	0,25	0,25
Общий объём практики: часов	180	180
зач.ед.	5	5
в т.ч. контактная работа обучающегося с преподавателем в ходе прохождения практики	17	17

7.2. Содержание модуля Б2.Б.04(П) «Клиническая практика (помощник врача-стационара - терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического)»

№ п/п	Разделы (этапы) практики	Виды производственной работы студентов на практике (часов)			Формы текущего контроля
		Всего часов, в т.ч.	Контактная работа	Самостоятельная работа	
1.	Подготовительный этап. Посещение установочного собрания, получение программы и дневника практики. Сбор необходимых документов. Прохождение инструктажа.	11	1	10	Заполнение дневника практики, собеседование
2.	Основной этап. Организация работы терапевтического отделения стационара. Техника безопасности. Организация работы врача-терапевта в отделении Ежедневная курация больных, ведение историй болезни (под контролем врача). Первичный осмотр больного в приемном покое с заполнением истории болезни (под контролем врача). Оценка результатов лабораторных методов исследований (клинических, биохимических, серологических, иммунологических, бактериологических)	24	4	20	Устный опрос, собеседование, наблюдение, ведение дневника

	<p>– под контролем врача.</p> <p>Оценка результатов инструментальных методов исследований (эндоскопических, УЗИ, рентгенологических, дуоденального зондирования, рН-метрии, бронхоскопии, спинномозговой и стеральной пункции)</p> <p>– под контролем врача.</p> <p>Обоснование и оформление клинического диагноза, определение кода МКБ (под контролем врача).</p> <p>Назначение и проведение лечения (режим, диета, фармакотерапия, физиотерапия и др.) – под контролем врача.</p> <p>Выбор технологии постстационарной помощи (реабилитация, диспансеризация, санаторно-курортное лечение и т.д.) – под контролем врача.</p> <p>Оказание неотложной врачебной помощи на госпитальном этапе (под контролем врача).</p> <p>Ночное дежурство, отчет на утренней конференции (под контролем врача).</p> <p>Оформление медицинской документации врача стационара (под контролем врача).</p>				
3.	<p>Организация работы хирургического отделения стационара. Техника безопасности. Организация работы врача-хирурга в отделении Ежедневная курация больных, ведение историй болезни (под контролем врача).</p> <p>Первичный осмотр больного в приемном покое с заполнением истории болезни (под контролем врача).</p> <p>Сбор информации о пациенте (жалобы, анамнез, физикальные данные) – под контролем врача.</p> <p>Оценка результатов лабораторных методов исследований (клинических, биохимических, серологических, иммунологических, бактериологических) – под контролем врача.</p> <p>Оценка результатов инструментальных методов исследований (эндоскопических, УЗИ, рентгенологических, бронхоскопии, спинномозговой и стеральной пункции) – под контролем врача.</p> <p>Обоснование и оформление клинического диагноза, определение кода МКБ (под контролем врача).</p> <p>Назначение и проведение лечения (режим, диета, фармакотерапия,</p>	27	2	25	Устный опрос, собеседование, наблюдение, ведение дневника

	<p>физиотерапия и др.) – под контролем врача.</p> <p>Определение объема помощи в послеоперационном периоде (реабилитация, диспансеризация, санаторно-курортное лечение и т.д.) – под контролем врача.</p> <p>Участие в наложении швов, снятии швов (под контролем врача).</p> <p>Участие в первичной хирургической обработке ран.</p> <p>Участие в наложении повязок, перевязках.</p>				
4.	<p>Участие в проведении вскрытия абсцессов мягких тканей, дренирование ран и полостей тела (под контролем врача).</p> <p>Участие в наложении гипсовых, шинных повязок.</p> <p>Участие в процессе наложения скелетного вытяжения, репозиции костных отломков.</p> <p>Участие в правлении вывихов.</p> <p>Участие в проведении пункций: плевральной – при пневмотораксе, гидротораксе; спинномозговой – при асците; абсцессов, мочевого пузыря.</p> <p>Установка зонда в желудок, катетеризация мочевого пузыря (под контролем врача).</p> <p>Участие в проведении новокаиновых блокад (тазовых, паранефральных, вагосимпатических, футлярных, межреберных).</p> <p>Участие в проведении обезболивания (местная анестезия, масочная, эндотрахеальный, внутривенный наркоз).</p> <p>Выполнение пальцевого исследования прямой кишки, осмотр прямой кишки ректальным зеркалом, ректороманоскопом – под контролем врача.</p> <p>Определение группы крови, резус-фактора (под контролем врача).</p> <p>Участие в переливании крови и кровезаменителей.</p> <p>Участие в плановых операциях.</p> <p>Участие в неотложных и срочных операциях.</p> <p>Оказание неотложной врачебной помощи на госпитальном этапе (под контролем врача).</p> <p>Ночное дежурство, отчет на утренней</p>	22	2	20	Устный опрос, собеседование, наблюдение, ведение дневника

	конференции (под контролем врача). Оформление медицинской документации врача стационара (под контролем врача).				
5.	<p>Организация работы родильного отделения. Организация работы врача акушера-гинеколога в отделении.</p> <p>Ежедневная курация беременных, рожениц, родильниц (под контролем врача).</p> <p>Ведение истории родов, индивидуальной и обменной карты беременной (под контролем врача).</p> <p>Первичный осмотр беременных, рожениц, родильниц с заполнением медицинской документации (под контролем врача).</p> <p>Сбор информации о беременной, роженице, родильнице (жалобы, акушерско- гинекологический анамнез , физикальные данные) – под контролем врача.</p> <p>Проведение наружного акушерского исследования (тазоизмерение, приемы Леопольда) – под контролем врача.</p> <p>Выслушивание сердцебиения плода</p> <p>Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах (под контролем врача).</p> <p>Взятие мазков из уретры, влагалища, цервикального канала (под контролем врача).</p> <p>Участие в проведении внутреннего акушерского исследования (влагалищного, бимануального) – под контролем врача.</p> <p>Определение срока беременности и даты родов. Определение предварительной массы плода.</p> <p>Оценка результатов лабораторных методов исследований (клинических, биохимических, бактериологического и цитологического исследования мазков из цервикального канала, гистологического и др.) – под контролем врача.</p> <p>Оценка результатов инструментальных методов исследований (КТГ, УЗИ, доплерометрия и др.) – под контролем врача.</p> <p>Обоснование и оформление клинического диагноза, определение кода МКБ – под контролем врача.</p> <p>Назначение и проведение лечения (режим, диета, фармакотерапия, и др.) – под контролем врача.</p>	44	4	40	Устный опрос, собеседование, наблюдение, ведение дневника

6.	Ведение родов I, II, III периодов – под контролем врача. Выделение последа – под контролем врача. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар – под контролем врача. Осмотр родовых путей после родов – под контролем врача. Выбор технологии постстационарной помощи (реабилитация, диспансеризация и т.д.) – под контролем врача. Участие в оказании неотложной врачебной помощи беременным, роженицам и родильницам, новорожденным. Ночное дежурство, отчет на утренней конференции – под контролем врача. Патронаж беременных – под контролем врача. Оформление медицинской документации врача стационара – под контролем врача.	44	4	40	
7.	Оформление результатов практики в дневнике. Оформление группового творческого отчета о прохождении практики.	8	-	8	Собеседование
8.	Итоговый этап. Презентация программы на итоговом собрании.	0,25	0,25	-	Тест, собеседование, защита отчета
	Итого	180	17	163	

8. Формы отчетности по практике

Формы отчетности по итогам практики: ДНЕВНИК производственной практики.

Каждый день производственной практики должен быть оформлен в дневнике.

Студент ежедневно ведет дневник своей работы, которым является официальным документом для представления в деканат по производственной практике. Без дневника производственная практика не может быть зачтена.

Дневник является документом, фиксирующим выполнение программы производственной практики «Помощник медсестры (процедурной)».

Дневник должен отразить ежедневную работу студента, все, что студент делал сам лично, в чем принимал участие, что наблюдал. Дневник обязательно должен дать представление о степени самостоятельности студента при выполнении той или иной работы.

Практика проводится под контролем курсового и непосредственного руководителей практики.

Текущий контроль студентов производится в дискретные временные интервалы руководителем практики в следующих формах:

- фиксация посещений;
 - выполнение индивидуальных заданий/практических работ.
- Собеседования.

9. Формы промежуточной аттестации (по итогам практики)

Практика проводится под контролем курсового и непосредственного руководителей практики.

Текущий контроль студентов производится в дискретные временные интервалы руководителем практики в следующих формах:

- фиксация посещений;
- выполнение индивидуальных заданий/практических работ.

Во время прохождения практики студенты заполняют дневник, который ежедневно контролируется непосредственным руководителем практики. По окончании практики по каждому разделу заведующий отделением составляет характеристику на студента. Студент, полностью выполнивший программу учебной практики, сдает дневник профессиональной практики, который подписывает заведующий отделением и заверяет заместитель главного врача по работе с медицинским персоналом управления ЛПУ.

Промежуточная аттестация по окончании практики производится в следующей форме:

- защита отчета по практике в виде устного доклада о результатах прохождения практики;
- результаты итогового теста по производственной практике;
- результаты устного собеседования по дисциплине «Производственная клиническая практика»

Зачет проводится в последний день практики. При оценке работы студента учитываются его знания, умение, полнота и качество выполнения программы производственной практики, дисциплинированность, участие в санитарно-просветительной работе.

Зачет принимается комиссией из представителей ответственных кафедр и представителей ЛПУ, на базе которых проводилась производственная клиническая практика. Студент представляет комиссии свой дневник по практике – полностью оформленный и заверенный, в котором обязательно должны быть оформлен отчёт по уровню освоения практических навыков.

Промежуточная аттестация проводится с учётом результатов текущей аттестации студентов.

К промежуточной аттестации студент допускается при выполнении всех требований по прохождению практики, отсутствии пропусков и задолженностей.

Промежуточная аттестация включает три этапа: компьютерное тестирование, приём практических навыков и собеседование.

Результаты производственной практики оцениваются по типу дифференцированного зачёта по пятибалльной системе оценок. Оценка выставляется в специальную учебную ведомость и в зачетную книжку, является равноценной при анализе успеваемости, среднего балла и назначении

стипендии. Кроме того, при аттестации студента по производственной практике учитываются правильность и своевременность оформления и сдачи отчетных документов, характеристика преподавателя, своевременность сдачи зачета.

На зачете также обсуждается организация практики, ее положительные и отрицательные моменты, замечания и пожелания, как со стороны руководителей, так и студентов.

10. Фонд оценочных средств промежуточной аттестации обучающихся

10.1. Комплект заданий для проведения дифференцированного зачета

Назначение	Промежуточная аттестация – проведение дифференцированного зачета
Время выполнения задания и ответа	60 минут
Количество вариантов контрольных заданий	100 тестов, 20 комплектов вопросов и ситуационных задач
Применяемые технические средства	<i>Компьютер для тестирования</i>
Допускается использование следующей справочной и нормативной литературы	<i>Не допускается</i>
Дополнительная информация	в аудитории могут одновременно находиться не более 6 студентов

10.2. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Описание показателей и критериев оценивания компетенций, шкалы оценивания

Компетенция	Результаты обучения	Показатели сформированности компетенций	Шкала оценивания, критерии оценивания компетенции				Оценочные средства / процедуры оценивания
			Не освоена (неудовлетворительно)	Освоена частично (удовлетворительно)	Освоена в основном (хорошо)	Освоена (отлично)	
1	2	3	4	5	6	7	8
ОПК-6 – готовность к ведению медицинской документации	Знать порядок заполнения различных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Знает различные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ и порядок их заполнения	Не знает основных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	После наводящих вопросов называет отдельные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, допускает ошибки в порядке их заполнения	ориентируется в основных формах медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, но допускает отдельные не существенные ошибки в порядке их заполнения	Быстро ориентируется в различных формах медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, знает порядок их заполнения	устный опрос, тестирование

	Уметь правильно заполнять различные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Умеет заполнить любую форму медицинской документации из числа необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Не умеет заполнять формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Умеет заполнять отдельные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Умеет заполнять большинство форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Правильно заполняет любую из предложенных форм медицинской документации, относящихся к списку необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	устный опрос, заполнение медицинских документов
	Владеть навыками заполнения различных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	Владеет навыками заполнения различных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	не владеет навыками заполнения различных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	в основном демонстрирует навыки заполнения основных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, но допускает отдельные ошибки	владеет навыками заполнения различных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, но допускает отдельные несущественные ошибки	свободно демонстрирует умения работы с различным и формами медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	устный опрос, заполнение медицинских документов
ПК-6 – способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	Знать порядок определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	Знает порядок и правила определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	Не знает порядка и правил определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	Допускает отдельные ошибки при определении у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	Знает порядок и правила определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х, но допускает отдельные несущественные ошибки	Четко излагает порядок и правила определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	устный опрос, тестирование, заполнение медицинских документов
	Уметь диагностировать у пациента основные патологические состояния,	Умеет диагностировать у пациента основные патологические состояния, симптомы,	Не готов диагностировать у пациента основные патологические состояния,	Допускает отдельные ошибки при диагностике у пациента основных	Умеет диагностировать у пациента основные патологические состояния,	Умеет диагностировать у пациента основные патологические	устный опрос, индивидуальное задание, заполнение медицинских

	симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	симптомы, синдромы заболеваний, не умеет формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний, а также при формулировании диагноза в соответствии с МКБ-Х	симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х, но допускает отдельные несущественные ошибки	состояния, симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	х документов
	Владеть навыками диагностики основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний и формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Владеет навыками диагностики основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний и формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Не владеет навыками диагностики основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний, допускает грубые ошибки при формулировании диагноза в соответствии с МКБ-Х	Недостаточно владеет навыками диагностики основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний и формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Владеет навыками диагностики основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний, но допускает отдельные несущественные ошибки в процессе формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Правильно и четко проводит диагностику основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний и формулирует диагноз в соответствии с МКБ-Х	устный опрос, индивидуальное задание, заполнение медицинских документов
ПК-9 – готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Знать признаки различных нозологических форм, принципы их диагностики и лечения в амбулаторных условиях	Знает признаки различных нозологических форм, принципы их диагностики и лечения в амбулаторных условиях	Недостаточно знает признаки различных нозологических форм, принципы их диагностики и лечения в амбулаторных условиях	Нуждается в наводящих вопросах при изложении признаков различных нозологических форм, принципов их диагностики и лечения в амбулаторных условиях	Знает признаки различных нозологических форм, принципы их диагностики и лечения в амбулаторных условиях, но допускает отдельные несущественные ошибки	Хорошо знает признаки различных нозологических форм, четко излагает принципы их диагностики и лечения в амбулаторных условиях	устный опрос, тестирование, заполнение амбулаторной карты
	Уметь поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Умеет поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Недостаточно умеет поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Нуждается в наводящих вопросах для постановки диагноза и назначения лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Умеет поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, но допускает отдельные несущественные ошибки	Ставит правильный диагноз и назначает лечение пациентов с различным и нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	устный опрос, индивидуальное задание, тестирование, заполнение амбулаторной карты

	Владеть навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, клинической интерпретации результатов дополнительных методов исследования, навыками выписывания рецептов	Владеет навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, клинической интерпретации результатов дополнительных методов исследования, навыками выписывания рецептов	Недостаточно владеет навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, допускает грубые ошибки; не владеет клинической интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, допускает грубые ошибки при выписывании рецептов	Недостаточно хорошо владеет навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, клинической интерпретации результатов дополнительных методов исследования, допускает отдельные ошибки при выписывании рецептов	Владеет навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, клинической интерпретации результатов дополнительных методов исследования, навыками выписывания рецептов, но допускает отдельные несущественные ошибки	Четко и правильно проводит объективное исследование пациентов для выявления возможной патологии, правильно оценивает результаты, владеет клинической интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, навыками выписывания рецептов	устный опрос, индивидуальное задание, решение клинических задач, заполнение амбулаторной карты
--	--	--	---	--	--	--	--

10.3. Оценочные средства (типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

10.3.1. Контрольные вопросы к зачету:

Терапия:

1. Осмотр, расспрос, физическое обследование больного.
2. Обоснование предварительного диагноза.
3. Обоснование окончательного диагноза.
4. Обоснование плана обследования больного.
5. Обоснование плана лечения больного.
6. Интерпретация общего анализа крови.
7. Интерпретация общего анализа мочи.
8. Трактовка показателей пробы Зимницкого.
9. Трактовка показателей пробы Нечипоренко.
10. Трактовка анализа биохимических показателей.
11. Трактовка анализа желудочного содержимого.
12. Трактовка анализа дуоденального содержимого.
13. Трактовка анализа биохимических показателей.
14. Трактовка показателей анализа мокроты.
15. Трактовка показателей анализа электролитов сыворотки крови.
16. Трактовка анализа плевральной жидкости.
17. Трактовка копрограммы.
18. Трактовка коагулограммы.
19. Трактовка рентгенограммы костей и суставов.
20. Трактовка рентгенограммы органов грудной клетки.

21. Интерпретация ЭКГ.
22. Трактовка результатов эхокардиоскопии.
23. Трактовка результатов ультразвукового исследования.
24. брахиоцефальных артерий.
25. Трактовка показателей функции внешнего дыхания.
26. Оказание помощи при приступе стенокардии.
27. Оказание помощи при инфаркте миокарда.
28. Оказание помощи при приступе бронхиальной астмы.
29. Оказание помощи при анафилактическом шоке.
30. Оказание помощи при приступе пароксизмальной тахикардии.
31. Оказание помощи при синдроме Морганьи-Адамса-Стокса.
32. Оказание помощи при отеке легких.
33. Оказание помощи при кардиогенном шоке.
34. Оказание помощи при гипертоническом кризе.
35. Оказание помощи при септическом шоке.
36. Оказание помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
37. Оказание помощи при печеночной энцефалопатии.
38. Оказание помощи при остром почечном повреждении.
39. Оказание помощи при отравлении монооксидом углерода.
40. Оказание помощи при отравлении промышленными ядами.
41. Оказание помощи при отравлении бензолом.

Хирургия:

1. Хирургическая анатомия червеобразного отростка. Связь клинических проявлений острого аппендицита с вариантами анатомического расположения.
2. Клиника и симптоматология острого аппендицита.
3. Осложнения острого аппендицита. Аппендикулярный инфильтрат: клиника, диагностика, принципы лечения.
4. Осложнения острого аппендицита. Аппендикулярные абсцессы: причины образования, локализация, клиника, диагностика, лечение.
5. Осложнения после аппендэктомии. Внутривнутрибрюшное кровотечение. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
6. Клиника и диагностика острого холецистита.
7. Осложнения желчнокаменной болезни и острого холецистита. Клиника и диагностика.
8. Холедохолитиаз. Определение понятия, диагностика. Принципы хирургического лечения. Виды наружного и внутреннего дренирования общего желчного протока.
9. Клиника и диагностика острого панкреатита.
10. Принципы лечения острого панкреатита. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению, виды операций.
11. Ущемленная грыжа. Виды ущемления. Клиника и диагностика. Принципы хирургического лечения. Тактика при самопроизвольном вправлении грыжи.
12. Осложнения брюшных грыж - невправимость, копростаз, воспаление. Клиника, диагностика, лечение.
13. Клиника и диагностика распространенного перитонита.
14. Клиника и диагностика травм селезенки. Принципы лечения.
15. Клиника и диагностика травмы живота с повреждением полого органа.
16. Клиника и диагностика травмы живота с повреждением паренхиматозных органов.
17. Лечебная тактика при открытой травме живота. Виды операций при повреждении полых и паренхиматозных органов.
18. Симптоматология травмы селезенки и печени.
19. Клиника прикрытой и атипичной перфорации язвы желудка и 12 п. кишки. Симптоматология. Значение дополнительных методов исследования.

20. Желудочно-кишечное кровотечение. Клиника в зависимости от локализации источника кровотечения. Дифференциальная диагностика. Диагностический алгоритм.
21. Диагностический алгоритм при остром аппендиците.
22. Клиника, диагностика и лечение рака желудка.
23. Клиника и диагностика рака молочной железы
24. Клиника, диагностика и лечение рака легкого.
25. Клиника диагностика и лечение рака пищевода.
26. Клиника острого аппендицита при ретроцекальном и ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. Особенности диагностики.
27. Дифференциальный диагноз между паралитической, обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимостью.
28. Флегмона грыжевого мешка при ущемленной грыже. Особенности клиники и хирургического лечения.
29. Диагностический алгоритм при синдроме "острого живота".
30. Дифференциальный диагноз острой кишечной непроходимости.
31. Симптоматология странгуляционной кишечной непроходимости.
32. Симптоматология обтурационной кишечной непроходимости.

Акушерство:

1. Измерение и пальпация живота.
2. Наружное акушерское исследование.
3. Техника аускультации сердечных тонов плода
4. Размеры большого таза. Техника измерения.
5. Размеры малого таза. Истинная конъюгата
6. Ромб Михаэлиса. Характеристика.
7. Внутреннее акушерское исследование.
8. Оценка степени зрелости шейки матки.
9. Анализ сроков беременности.
10. Определение массы плода.
11. Методы оценки готовности организма женщины к родам.
12. Регистрация сократительной деятельности мышц матки.
13. Кардиотокография плода во время беременности и в родах.
14. Диагностика тазового предлежания плода.
15. Диагностика узкого таза.
16. Амниотомия. Показания. Техника выполнения.
17. Признаки отделения плаценты.
18. Способы выделения отделившейся плаценты.
19. Диагностика угрозы разрыва промежности.
20. Техника перинеотомии.
21. Профилактика акушерских кровотечений.
22. Последовательность мероприятий при гипотонии матки.
23. Оценка новорожденного по шкале Апгар.
24. Первый туалет новорожденного.
25. Ведение послеродового периода. Тактика врача.
26. Клинически узкий таз. Диагностика. Тактика врача.
27. Обработка рук перед операцией.

10.3.2. Тестовый контроль для студентов IV курса по производственной практике «Помощник врача стационара»

1. Для снятия ЭКГ в I стандартном отведении электроды накладываются на следующие конечности
 - а) левая рука и правая рука
 - б) левая рука и левая нога
 - в) левая рука и правая нога
 - г) левая нога и правая нога
 - д) правая рука и левая нога
2. Для снятия ЭКГ во II стандартном отведении электроды накладываются на следующие конечности
 - а) левая рука и правая рука
 - б) левая рука и левая нога
 - в) левая рука и правая нога
 - г) левая нога и правая нога
 - д) правая рука и левая нога
3. Для снятия ЭКГ во III стандартном отведении электроды накладываются на следующие конечности
 - а) левая рука и правая рука
 - б) левая нога и левая рука
 - в) левая рука и правая нога
 - г) левая нога и правая нога
 - д) правая рука левая нога
4. Какие изменения на ЭКГ свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении велоэргометрии
 - а) подъём сегмента ST на 1 мм выше изоэлектрической линии
 - б) депрессия сегмента ST более 2 мм от изоэлектрической линии
 - в) инверсия зубца T
 - г) частая желудочковая экстрасистолия
 - д) удлинение интервала PQ
5. ЭКГ признаки гиперкалиемии
 - а) высокий остrokонечный зубец T
 - б) глубокий остrokонечный зубец T
 - в) удлинение интервала Q - T
 - г) синусовая тахикардия
 - д) депрессия сегмента ST
6. При заднедиафрагмальном инфаркте миокарда изменения на ЭКГ отмечаются в следующих отведениях
 - а) AVL, V1-V4
 - б) I, II, V5 - V6
 - в) II, III, AVF
 - г) I, AVL, V1-V2
 - д) I, II, III, AVL, AVF.
7. Наиболее информативным методом лабораторной диагностики инфаркта миокарда является
 - а) определение ЛДГ в крови
 - б) определение суммарной КФК в крови
 - в) определение уровня АсАТ в крови
 - г) определение миоглобина в крови
 - д) определение тропонинов в крови

- 8.** При заднебоковом инфаркте миокарда изменения на ЭКГ отмечаются в следующих отведениях
- а) II, III, AVF, V5 - V6
 - б) AVL, V5-V6
 - в) II, III, AVF
 - г) I, II, III, AVF
 - д) III, V5-V6
- 9.** Для постановки диагноза бронхиальной астмы суточные колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ) должны составлять
- а) 10%
 - б) 20%
 - в) более 20%
 - г) более 30%
 - д) менее 80%
- 10.** Диагноз бронхиальной астмы средней тяжести устанавливается при значениях пиковой скорости выдоха от должной
- а) менее 80%
 - б) менее 60%
 - в) 50%
 - г) 40%
 - д) менее 40%
- 11.** Микроальбуминурией считается суточная потеря белка с мочой в пределах
- а) 100 мг
 - б) 200 мг
 - в) 400 мг
 - г) 500 мг
 - д) менее 1000 мг
- 12.** О нефротическом синдроме свидетельствует суточная протеинурия
- а) более 3,5 г
 - б) более 1 г
 - в) более 2,5 г
 - г) более 4 г
 - д) более 5 г
- 13.** Щелчок открытия митрального клапана выслушивается при
- а) пролапсе митрального клапана
 - б) митральной недостаточности
 - в) митральном стенозе
 - г) митрализации аортальных пороков
 - д) отрыве сосочковых мышц митрального клапана
- 14.** Ослабление звучности первого тона характерно для
- а) пролапса митрального клапана
 - б) митральной недостаточности
 - в) митрального стеноза
 - г) митрализации аортальных пороков
 - д) отрыва сосочковых мышц митрального клапана
- 15.** ЭКГ признак трансмурального инфаркта миокарда
- а) отрицательный зубец Т
 - б) снижение ST ниже изолинии
 - в) наличие комплекса QS
 - г) снижение амплитуды зубца R

д) глубокие зубцы Q

16. Для синдрома Дресслера характерно

- а) лихорадка
- б) перикардит
- в) плеврит
- г) эозинофилия
- д) всё перечисленное

17. Какой из перечисленных признаков характерен для митрального стеноза

- а) систолический шум на верхушке
- б) пресистолический шум на верхушке
- в) ослабление первого тона на верхушке
- г) систолический шум на основании сердца

18. Какой шум при аортальном стенозе

- а) голосистолический
- б) протосистолический
- в) пресистолический
- г) мезосистолический
- д) протодиастолический

19. При внутривенном холестазе повышается уровень

- а) трансаминаз
- б) тимоловой пробы
- в) кислой фосфатазы
- г) ГГТ
- д) γ - глобулинов

20. Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии является

- а) Нитроглицерин
- б) Анальгин
- в) Аспирин
- г) Бисопролол
- д) Нифедипин

21. Для снижения АД у больного феохромоцитомой применяют

- а) Нитропруссид
- б) Пентамин
- в) Фентоламин
- г) Нифедипин
- д) Эналаприл

22. Плевральная пункция при пневмотораксе проводится в

- а) 1-м межреберье
- б) во 2-м межреберье
- в) в 3-м межреберье
- г) в 4-м межреберье
- д) в 5-м межреберье

23. Артериальная гипертензия диагностируется при выявлении АД

- а) выше 130/80 мм рт. ст.
- б) выше 140/90 мм рт. ст.
- в) выше 160/90 мм рт. ст.
- г) выше 150/ 89 мм рт. ст.

- 24.** Диагноз сахарного диабета устанавливается при уровне гликемии цельной капиллярной крови натощак, превышающей
- а) 5,5 ммоль/л
 - б) 6,0 ммоль/л
 - в) 6,1 ммоль/л
 - г) 7,1 ммоль/л
- 25.** Диагноз сахарного диабета устанавливается при постпрандиальной гликемии, превышающей
- а) 7,1 ммоль/л
 - б) 10,0 ммоль/л
 - в) 11,1 ммоль/л
 - г) 6, 1 ммоль/л
- 26.** К какой категории риска развития сердечно-сосудистых осложнений относят гипертоников с сахарным диабетом
- а) низкий риск
 - б) средний риск
 - в) высокий риск
 - г) очень высокий риск
- 27.** Какой уровень артериального давления является целевым у пациентов с АГ и диабетом
- а) < 130/80 мм рт. ст.
 - б) < 120/70 мм рт. ст.
 - в) < 140/90 мм рт. ст.
 - г) < 120/80 мм рт. ст.
- 28.** Основным методом диагностики хронического гастрита является
- а) фиброгастроскопия
 - б) рентгеноскопия
 - в) морфологическое исследование биоптата слизистой желудка
 - г) интрагастральная рН-метрия
 - д) анализ желудочного сока
- 29.** О степени активности гастрита судят по клеточной инфильтрации слизистой оболочки желудка
- а) лимфоцитами
 - б) гранулоцитами
 - в) эозинофилами
 - г) плазматическими клетками
 - д) моноцитами
- 30.** Сывороточным маркером репликации вируса гепатита В является
- а) HBsAg
 - б) HBeAg
 - в) Анти-HBcAg IgG
 - г) Анти-HBsAg
 - д) Анти-HBeAg
- 31.** В терапии аутоиммунного гепатита используют
- а) Эссенциале-форте
 - б) Преднизолон
 - в) Карсил
 - г) Лив-52
 - д) все перечисленные препараты

- 32.** В лечении хронического панкреатита не следует назначать
- а) Панкреатин
 - б) Панкреофлат
 - в) Креон
 - г) Панцитрат
 - д) Фестал
- 33.** При каком типе гиперлипотеидемии повышено содержание в крови холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП
- а) I
 - б) IIa
 - в) IIб
 - г) III
 - д) IV
- 34.** Какие изменения на ЭКГ характерны для стенокардии
- а) патологический зубец Q
 - б) депрессия сегмента ST
 - в) появление отрицательного зубца T
 - г) преходящая блокада ножек пучка Гиса
- 35.** При митральном стенозе
- а) возникает гипертрофия и дилатация левого желудочка
 - б) возникает гипертрофия и дилатация правого желудочка
 - в) выслушивается систолический шум в точке Боткина
- 36.** Шум Флинта обусловлен
- а) относительной митральной недостаточностью
 - б) относительным митральным стенозом
 - в) высокой легочной гипертензией
 - д) относительной недостаточностью клапана легочной артерии
- 37.** В диагностике инфекционного эндокардита решающую роль играет
- а) вегетация на клапанах при ЭхоКГ исследовании
 - б) аускультативная динамика шумов сердца
 - в) гепатоспленомегалия
 - г) ускорение СОЭ
 - д) лихорадка
- 38.** Высокая диастолическая гипертензия характерна для
- а) тиреотоксикоза
 - б) почечной гипертензии
 - в) гипертензии пожилого возраста
 - г) атеросклероза аорты
- 39.** Уремическими токсинами являются
- а) креатинин
 - б) мочевины
 - в) средние молекулы
 - г) всё перечисленное
- 40.** Диагноз хронического холецистита устанавливается при наличии
- а) лейкоцитов в порции "Б" при дуоденальном зондировании
 - б) болей в правом подреберье
 - в) уплотнения стенки желчного пузыря по данным УЗИ
 - г) утолщения стенки желчного пузыря по данным УЗИ

- 41.** Для лечения гипертонического криза используется в качестве перорального препарата
- а) Каптоприл
 - б) Атенолол
 - в) Валсартан
 - г) Эналаприл
- 42.** Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии у беременных является
- а) Атенолол
 - б) Допегит
 - в) Гипотиазид
 - г) Эналаприл
- 43.** Для лечения кардиогенного шока наиболее подходящим препаратом является
- а) Мезатон
 - б) Допамин
 - в) Кордиамин
 - г) Строфантин
 - д) Преднизолон
- 44.** Отёк лёгких на фоне физической нагрузки возникает при
- а) стенозе устья аорты
 - б) первичной легочной гипертензии
 - в) стенозе митрального клапана
 - г) недостаточности митрального клапана
- 45.** Для профилактики приступов стенокардии наиболее эффективным препаратом является
- а) Изосорбида динитрат
 - б) Изосорбида-5-мононитрат
 - в) Периндоприл
 - г) Атенолол
- 46.** При тампонаде сердца не наблюдается
- а) увеличение венозного давления
 - б) шок
 - в) уменьшение сердечного выброса
 - г) уменьшение артериального давления
 - д) увеличение наполнения сердца в диастолу
- 47.** Для снижения АД при феохромоцитоме наиболее подходящим препаратом является
- а) Пентамин
 - б) Фентоламин
 - в) Нитропруссид
 - г) Нитроглицерин
- 48.** При приступе бронхиальной астмы противопоказан
- а) Атропин
 - б) Эуфиллин
 - в) Беротек
 - г) Интал
- 49.** Для второй стадии астматического статуса характерен следующий симптом
- а) тахикардия более 120 в минуту
 - б) подключение дополнительной мускулатуры
 - в) "немое лёгкое"
 - г) продолжительность приступа более 12 часов

- 50.** Для гипогликемической комы не характерно
- а) внезапность развития
 - б) патологические рефлексy
 - в) бледность кожных покровов
 - г) мидриаз
 - д) сохранённый тонус глазных яблок
- 51.** В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение следующих методов
- а) инфузии растворов нитроглицерина
 - б) блокаторов кальциевых каналов
 - в) сердечных гликозидов
 - г) антагонистов альдостерона
 - д) кровопускания с последующим введением реополиглюкина
- 52.** Пневмония считается нозокомиальной (госпитальной), если она диагностирована
- а) при поступлении в стационар
 - б) через 2-3 дня и более после госпитализации
 - в) после выписки из стационара
- 53.** Какие рентгенологические признаки отличают туберкулезный инфильтрат от пневмонии:
- а) локализуется в нижних долях легких
 - б) неправильная форма
 - в) размытые контуры
 - г) небольшая интенсивность тени
 - д) наличие очагов вокруг инфильтрата
- 54.** У служащей крупной гостиницы, оснащенной кондиционерами, остро повысилась температура до 40°C, появился озноб, кашель с мокротой, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, миалгии, тошнота, понос. При рентгенографии выявлены инфильтративные изменения в обоих легких. Несколько дней назад сослуживец больной был госпитализирован с пневмонией. Какой наиболее вероятный возбудитель пневмонии.
- а) клебсиелла
 - б) легионелла
 - в) микоплазма пневмонии
 - г) палочка Пфейффера
 - д) золотистый стафилококк
- 55.** Характер одышки у больных с синдромом бронхиальной обструкции
- а) экспираторная
 - б) инспираторная
 - в) смешанная
- 56.** Бронхорасширяющие препараты, действующие преимущественно на β_2 -адренорецепторы легких
- а) Эуфиллин
 - б) Будесонид
 - в) Ипратропия бромид
 - г) Сальбутамол
 - д) Беротек
- 57.** Беродуал - это
- а) адреномиметик
 - б) холинолитик

в) сочетание адреномиметика и холинолитика

58. Больному стенокардией напряжения, страдающему бронхиальной астмой и гипертонической болезнью, следует назначить антиангинальный препарат

- а) Нитросорбид
- б) Пропранолол
- в) Метопролол
- г) Нифедипин
- д) Изосорбида динитрат

59. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) - это

- а) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе
- б) максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе
- в) максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе

60. Побочные явления, развивающиеся при пользовании ингаляционными глюкокортикоидами в обычных дозах

- а) кандидоз ротоглотки
- б) язвы желудочно-кишечного тракта
- в) дисфония
- г) стероидный диабет
- д) частые инфекции носоглотки

61. Кровохарканье наблюдается при

- а) тромбоэмболии легочной артерии
- б) бронхоэктатической болезни
- в) раке легкого
- г) митральном стенозе
- д) эмфиземе легких

62. Положения, касающиеся хронического **бронхита**, правильные

- а) диффузное заболевание дыхательных путей
- б) характеризуется обратимой обструкцией
- в) характеризуется необратимой обструкцией
- г) наличие кашля с мокротой на протяжении, по крайней мере, 3 месяцев в году в течение 2 лет и более
- д) приступы удушья

63. Наиболее информативными критериями гипертрофии правого желудочка являются

- а) выраженное отклонение от QRS вправо
- б) смещение переходной зоны вправо
- в) смещение переходной зоны влево
- г) S-тип ЭКГ

64. Заболевания, при которых чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит

- а) туберкулез
- б) опухоль
- в) травма грудной клетки
- г) тромбоэмболия легочной артерии

65. Вазоренальная гипертензия развивается вследствие

- а) стеноза почечной артерии
- б) фиброваскулярной гиперплазии почечной артерии
- в) фиброваскулярной дисплазии почечной артерии
- г) тромбоза почечной артерии
- д) васкулита артериол, оплетающих почечные канальцы

- 66.** Какое заболевание желудочно-кишечного тракта дает клинику стенокардии
- а) заболевания пищевода
 - б) диафрагмальная грыжа
 - в) язвенная болезнь желудка
 - г) хронический колит
 - д) острый панкреатит
- 67.** Что является показанием для назначения дезагрегантов при стенокардии
- а) гиперкоагуляция
 - б) гипокоагуляция
 - в) повышение агрегации тромбоцитов
 - г) снижение агрегации тромбоцитов
 - д) гиперфибриногенемия
- 68.** Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда
- а) креатининфосфокиназы
 - б) лактатдегидрогеназы
 - в) аминотрансферазы
 - г) щелочной фосфатазы
 - д) миоглобина
- 69.** Какие эхокардиографические признаки характерны для инфаркта миокарда
- а) диффузный гиперкинез
 - б) диффузный гипокинез
 - в) локальный гипокинез
 - г) локальный гиперкинез
- 70.** Какие осложнения возможны при проведении тромболитической терапии в остром периоде инфаркта миокарда
- а) гипотензия
 - б) анафилактический шок
 - в) геморрагический шок
 - г) отек легких
 - д) гематурия
- 71.** Какое осложнение наблюдается при мерцательной аритмии
- а) тромбоэмболический синдром
 - б) инфаркт миокарда
 - в) гипертонический криз
- 72.** Причинами митрального стеноза могут быть
- а) ревматизм
 - б) инфекционный эндокардит
 - в) врожденная патология
 - г) ревматоидный артрит
 - д) муковисцидоз
- 73.** Для оценки тяжести митрального стеноза наиболее важными являются показатели
- а) площадь митрального отверстия по данным ЭхоКГ
 - б) максимальный трансмитральный диастолический градиент давления.
 - в) конечно-диастолический диаметр левого желудочка
 - г) время уменьшения максимального трансмитрального градиента давления вдвое
- 74.** Какие из перечисленных изменений гемодинамики характеризуют митральную недостаточность
- а) сниженный сердечный выброс

- б) значительный систолический градиент между ЛЖ и аортой
- в) повышенное давление в легочной артерии
- г) пониженное АД
- д) нормальное АД

75. Симптом, характерный для внешнего вида больных со стенозом устья аорты

- а) диффузный цианоз кожных покровов
- б) акроцианоз
- в) бледность кожных покровов
- г) симптом Мюссе
- д) "пляска каротид"

76. Как изменяется пульсовое давление при стенозе устья аорты

- а) не изменяется
- б) увеличивается
- в) уменьшается

77. Какой показатель является наиболее надежным критерием степени компенсации сахарного диабета при динамическом обследовании

- а) С-пептид
- б) средняя суточная гликемия
- в) гликозилированный гемоглобин
- г) уровень контрисулярных гормонов в крови

78. Перечислите симптомы, характерные для мальабсорбции

- а) потеря веса
- б) сухость кожи
- в) дерматиты
- г) крапивница
- д) тенезмы

79. Синдром, отличающий хронический гепатит от цирроза печени

- а) гепатомегалия
- б) внепеченочные знаки
- в) диспепсия
- г) цитолитический синдром
- д) портальная гипертензия

80. Что включает в себя классическая триада симптомов острого гломерулонефрита

- а) отеки
- б) одышка
- в) гипертония
- г) гематурия
- д) сердцебиение

81. Специфическое для сахарного диабета поражение почек носит название

- а) артериосклероз Менкеберга
- б) синдром Мориака
- в) синдром Нобекур
- г) синдром Сомоджи
- д) синдром Киммелстила-Уилсона

82. Сахарный диабет 1-го типа следует лечить:

- а) только диетотерапией
- б) сульфаниламидными препаратами
- в) инсулином на фоне диетотерапии
- г) голоданием

д) бигуанидами

83. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с введения

- а) Строфантина
- б) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
- в) солей кальция
- г) Нордреналина
- д) солей калия

84. В диете больного сахарным диабетом можно в неограниченном количестве использовать

- а) картофель
- б) огурцы
- в) масло
- г) салат
- д) молоко

85. При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиреотропного гормона

- а) нормальная
- б) подавлена
- в) повышена

86. При первичном гипотиреозе в крови обнаруживается

- а) повышенный уровень ТТГ
- б) пониженный уровень ТТГ
- в) нормальный уровень ТТГ
- г) ТТГ отсутствует
- д) исследование ТТГ не имеет диагностической важности

87. В отличие от гипертонической болезни для феохромоцитомы более типично

- а) развитие у лиц молодого возраста
- б) неэффективность гипотензивной терапии мочегонными
- в) сочетание гипертонического криза с повышением температуры тела
- г) повышение уровня катехоламинов и ванилилминдальной кислоты в моче
- д) ортостатическая гипотензия

88. Для аддисонического криза характерны

- а) неукротимая рвота
- б) падение АД
- в) протрация
- г) ацетонурия

89. Укажите этиологические факторы сахарного диабета 1-го типа

- а) ожирение
- б) вирусное поражение В-клеток
- в) травма поджелудочной железы
- г) психическая травма
- д) аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсульта

90. Для сахарного диабета типично

- а) жажда
- б) полиурия
- в) гипергликемия
- г) глюкозурия
- д) все перечисленное

91. Наиболее частой причиной тромбоэмболии легочной артерии является

- а) инфекционный эндокардит
- б) варикозное расширение вен пищевода
- в) тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей
- г) мерцательная аритмия
- д) перелом шейки бедра

92. Развитию ревматизма способствует возбудитель

- а) стафилококк
- б) β -гемолитический стрептококк
- в) вирусы Коксаки
- г) кишечная палочка
- д) стрептококки типа В

93. Для поражения почек при СКВ наиболее характерным является развитие

- а) амилоидоза
- б) почечно-каменной болезни
- в) пиелонефрита
- г) гломерулонефрита
- д) папиллярного некроза

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

1 – а	21 – в	41 – а	61 – а, б, в, г	81 – д
2 – д	22 – г	42 – б	62 – а, в, г	82 – в
3 – б	23 – б	43 – б	63 – а, в, г	83 – б
4 – б	24 – в	44 – в	64 – б, в, г	84 – б, г
5 – а	25 – в	45 – б	65 – а, б, в, г	85 – б
6 – в	26 – г	46 – д	66 – б	86 – а
7 – д	27 – а	47 – б	67 – а, в, д	87 – а, б, в, г, д
8 – а	28 – в	48 – г	68 – а, д	88 – а, б, в
9 – в	29 – б	49 – в	69 – в	89 – б, д
10 – в	30 – б	50 – г	70 – а, б, в, д	90 – д
11 – в	31 – б	51 – а, б, г, д	71 – а	91 – в
12 – а	32 – д	52 – б	72 – а, в	92 – б
13 – в	33 – в	53 – б	73 – а, б, г	93 – г
14 – б	34 – б	54 – б	74 – а, в, д	
15 – в	35 – б	55 – а	75 – в	
16 – д	36 – б	56 – г, д	76 – б	
17 – б	37 – а	57 – в	77 – в	
18 – г	38 – б	58 – г	78 – а, б, в	
19 – г	39 – в	59 – в	79 – д	
20 – а	40 – г	60 – а, в	80 – а, в, г	

Критерии оценки:

Процент правильных ответов	Оценка
%	5
90 - 81%	4
80-71 %	3
70 % и ниже	2

10.3.3. Клинические задачи для студентов IV курса по производственной практике «Помощник врача стационара»

Задача №1

32-летний шофер обратился с жалобами на боли в подложечной области, возникающие через 1-1,5 часа после еды, изжогу, запоры. В течение последних 5 лет весной и осенью возникали кратковременные боли в эпигастральной области, изжога, иногда рвота съеденной пищей. Лечился домашними средствами, за медицинской помощью не обращался. Питается нерегулярно, курит по 1-1,5 пачке сигарет в день, часто употребляет алкоголь.

При осмотре состояние удовлетворительное, питание достаточное, язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области по средней линии и справа от нее. Пульс 64 в минуту, АД 100/65 мм. рт. ст

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. План обследования больного и ожидаемые результаты?
3. Рекомендации по лечению?

Задача №2

38-летний рабочий доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие "кинжальные" боли в эпигастральной области, тошноту, сухость во рту, общую слабость. Боли появились около трех часов назад. В течение последних 6 лет временами беспокоили кратковременные боли в эпигастральной области, изжога, иногда рвота съеденной пищей или кислым желудочным содержимым. Указанные симптомы появлялись обычно весной и осенью. За медицинской помощью не обращался. Питается нерегулярно, курит по 1 пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем.

При осмотре обращает на себя внимание бледность кожного покрова, конечности влажные, холодные. Пульс 112 в минуту, слабого наполнения, АД 100/70 мм. рт. ст. Язык сухой, обложен беловатым налетом. При пальпации живота определяется напряжение мышц и резкая болезненность в правой половине эпигастральной области.

Вопросы:

1. Какие еще отклонения от нормы можно обнаружить при объективном обследовании больного?
2. При осмотре бледен, пульс 116 в минуту, ритмичный, слабого наполнения, АД 100/60 мм. рт. ст. живот мягкий, умеренно болезненный в правой половине эпигастральной области.
3. ОАК: Нв 66 г/л, Эр 2,8*10¹²/л, СОЭ 28 мм/ч, Л 10,6*10⁹/л.
4. Предполагаемый диагноз?
5. План обследования и ожидаемые результаты?
6. Тактика ведения больного?

Задача №5

20-летняя студентка обратилась с жалобами на диарею в период экзаменационной сессии. Заметила, что под влиянием предэкзаменационного волнения, страха, испуга возникают императивные позывы на дефекацию, сопровождающиеся болями в животе и выделением жидких испражнений. По характеру мнительная, легко внушаемая, неуверенная в себе.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кисти рук влажные, синюшные, тремор пальцев. Потливость, тахикардия. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. План обследования и ожидаемые результаты?
3. Тактика ведения больного?

Задача №6

Участковый врач был вызван на дом к больному 38 лет, у которого накануне появилась лихорадка до 38,5°C, кашель с небольшим количеством мокроты, боли в левом боку при глубоком дыхании и кашле. До этого был вполне здоров. В прошлом заболеваний лёгких не было. Курит по 10 сигарет в день. При обследовании врач обнаружил признаки очаговой пневмонии слева в нижней доле. Пульс – 82 в минуту. АД – 120/75 мм. рт. ст. Температура – 37,8°C.

Вопросы:

1. Степень тяжести пневмонии?
2. Какие признаки пневмонии мог обнаружить врач?
3. Обязательна ли госпитализация?
4. Какое антибактериальное лечение показано?
5. Какие могут быть побочные явления от лечения и что делать?

Задача №7

Больной Л., 51 год. Жалобы на боли в эпигастральной области, постоянные, не связанные с едой, тошноту, снижение аппетита, частые поносы. В анамнезе злоупотребление алкоголем. За последние 2 года похудел на 6 кг. Объективно: пониженного питания. Масса тела — 58 кг, рост — 168 см. Кожа сухая. Язык розовый, сглаженность сосочков. При пальпации живота умеренная болезненность вокруг пупка. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, плотная, безболезненная.

Вопросы:

1. Предполагаемая причина поносов и похудания?
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования и ожидаемые результаты?
3. Вероятные изменения в копрограмме?
4. Рекомендации по лечению?

Задача №8

Больная А., 49 лет. Жалуется на боли в правом подреберье и верхней половине живота с иррадиацией в левое подреберье, тошноту, вздутие живота. Считает себя больной в течение 6 лет. Беспокоят приступы болей в правом подреберье, возникающие после употребления жирной и жареной пищи, проходящие самостоятельно или после приёма но-шпы. Последний год появились боли в эпигастральной области с иррадиацией в левое подреберье, усиливающиеся после еды, сопровождающиеся вздутием живота, появился жидкий стул.

Объективно: состояние удовлетворительное, склеры субиктеричны. Язык у корня обложен коричневым налётом. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье, эпигастральной области, точке Дежардена, зоне Шаффара, положительный симптом Ортнера.

Вопросы:

1. Какова возможная причина болевого синдрома?
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. План лечения?

Задача №9

У женщины 32 лет во время обследования перед поступлением на работу в клиническом анализе крови отмечено: эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – $4,1 \cdot 10^9/л$, тромбоциты – $160 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 30 мм/ч. При биохимическом анализе крови: АЛТ – 4,2 ммоль/л, АСТ – 3,5 ммоль/л, сахар – 4,7 ммоль/л, билирубин общий 19,0 мкмоль/л, тимоловая проба – 55 ЕД, сывороточное железо – 15,2 мкмоль/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 50%, холестерин – 5,1 ммоль/л.

Печень на 1 см ниже края реберной дуги, край ее округлый, безболезненный, плотно-эластической консистенции, поверхность ровная. Селезенка не пальпируется, перкуторно не увеличена.

Направлена к гепатологу с целью выяснения причины изменения показателей крови. За 3 года до настоящего обследования перенесла острый гепатит В, выписана с нормальными биохимическими показателями и через год снята с диспансерного учета. Алкоголем не злоупотребляет, лекарственные препараты не принимает.

При исследовании сывороточных маркеров вирусов гепатитов В и С выявлены: HBsAg (+), HBeAg (-), анти-HBc IgG (+), анти-HBc IgM (-), HBV ДНК (-), анти-HCV (-), HCV РНК (-).

Вопросы:

1. Какие синдромы можно выделить?
2. Какие показатели позволяют заподозрить гепатит D?
3. Какие исследования необходимы для диагностики портальной гипертензии?
4. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
5. Какие исследования необходимы для подтверждения окончательного диагноза?

Задача №10

Больная А. – 66 лет. Жалуется на частые головные боли, локализующиеся в затылочной области, шум в ушах, снижение зрения, памяти, слабость в левой руке, ноге, нарушение сна. Мать страдала гипертонической болезнью. Считает себя больной в течение 15 лет, когда были выявлены повышенные цифры АД до 160/90 мм. рт. ст., не лечилась. Последние 5 лет цифры АД стали повышаться до 180/100 мм. рт. ст., принимала Эналаприл, Нифедипин, не регулярно. Год назад лечилась в неврологическом отделении с диагнозом – ОНМК, было расстройство речи, левосторонний гемипарез. Ухудшение в течение 3-х месяцев, цифры АД стойко высокие, беспокоят головные боли, появилась одышка при ходьбе. Обратилась к участковому терапевту в поликлинику.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное, нормостеник, избыточного питания (вес 90 кг, рост 172 см.). Остаточные явления левосторонней гемиплегии. Пульс на лучевых артериях напряжён, одинаков на обеих руках, симметричен, сосудистая стенка плотная. Границы сердца немного расширены влево. Тоны приглушены, ритмичные, с частотой 86 ударов в минуту, акцент II тона на аорте. АД 200/110 мм. рт. ст., одинаковое на обеих руках. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень перкуторно не увеличена. Пульсация сосудов нижних конечностей сохранена. Отёков нет.

Общий анализ крови без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, креатинин - 130 мкмоль/л. ЭКГ – ритм синусовый, RI > RII > RIII, желудочковая экстрасистолия по типу бигимении, зубец Р расширен, двугорбый, увеличен вольтаж зубца R в отведении V5, V6, глубокий зубец S в отведениях V2, V3.

Вопросы:

1. Какие факторы риска есть у пациентки? Проведите анализ анамнеза больной.
2. Дайте оценку данным объективного осмотра, методам обследования.
3. Поставьте и обоснуйте диагноз.
4. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести?
5. Ваши рекомендации пациенту.

Задача №11

Больная В. – 48 лет. Предъявляет жалобы на частые головные боли, локализирующиеся в лобной области, шум в ушах, мелькание “мушек” перед глазами, снижение внимания, нарушение сна, иногда колющие боли в области сердца. Считает себя больной в течение 3-х лет, когда впервые были зарегистрированы повышенные цифры АД 160/95 мм. рт. ст., в последующем АД контролировала нерегулярно, цифры колебались в пределах 140-170/90-100 мм. рт. ст. Эпизодически принимала Адельфан, Андипал. Ухудшение состояния связывала с психическими и физическими перегрузками, очередное ухудшение в течении недели, когда усилились головные боли, снизилась работоспособность, участились колющие боли в сердце. АД при контроле стойко высокое, решила обратиться в поликлинику. Из анамнеза жизни - курит, мать страдает гипертонической болезнью.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Нормостеник, достаточного питания. Сознание ясное. Эмоционально лабильна. Кожный покров обычной окраски. Склеры инъецированы. Пульс на лучевых артериях напряжён, одинаков на обеих руках, симметричен, сосудистая стенка плотная. Границы сердца не расширены. Тоны громкие, ритмичные частотой 80 ударов в минуту, акцент II тона на аорте. АД 170/100 мм. рт. ст., одинаковое на обеих руках. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень перкуторно не увеличена. Пульсация сосудов нижних конечностей сохранена. Отёков нет.

Лабораторно-инструментальные данные: Общий анализ крови без патологии. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка. Биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,4 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л. Глазное дно – сужение артерий, расширение вен.

Вопросы:

1. Какие факторы риска выявлены у пациентки?
2. Дайте оценку данным объективного осмотра, методам обследования.
3. Перечислите ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка.
4. Поставьте и обоснуйте диагноз.
5. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести?
6. Ваши рекомендации больной.

Задача №12

Мужчина, 52 лет, обратился к врачу терапевту с жалобами на периодически возникающую жгучую боль за грудиной с иррадиацией в спину. Боль не связана с физическими нагрузками, возникает беспричинно, длительностью несколько часов то усиливаясь, то ослабевая, головные боли, дисфагию. Боли беспокоят в течение нескольких месяцев. Из анамнеза – длительное время курит, отец страдал ИБС.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Нормостеник, достаточного питания. В области верхних век видны небольшие бледно - жёлтого цвета образования. При пальпации югулярной ямки определяется усиленная пульсация. Ширина сосудистого пучка увеличена. Пульс на лучевых артериях не одинаков, слева ослаблен, сосудистая стенка плотная. Границы сердца не расширены. Тоны ясные, ритмичные частотой 78 ударов в минуту, акцент II тона на аорте, во II межреберье справа выслушивается систолический шум. АД справа 145/80 мм. рт. ст., слева 130/75 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При аускультации брюшного отдела аорты патологических шумов не выслушивается. Пульсация сосудов нижних конечностей удовлетворительная.

ЭКГ – патологии не выявлено. Рентгенография ОГК: сердце сформировано правильно, определяется расширение восходящего отдела аорты, в проекции тени аорты видны отложения кальция.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
Дайте оценку данным объективного осмотра и рентгенологического исследования?
2. Какие осложнения могут развиваться?
3. Ваши рекомендации пациенту.

Задача №13

Больной И. 45 лет. После работы дома почувствовал острую боль в верхней половине живота, с иррадиацией в спину, тошноту, неоднократную рвоту, не приносящую облегчение, вздутие живота. Вызвал скорую помощь.

Врач при осмотре больного отметил: состояние относительно удовлетворительное, нормостеник, достаточного питания. Сознание ясное, положение активное. Кожный покров бледный, конечности холодные, отмечается цианоз губ. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях удовлетворительных свойств, сосудистая стенка плотная. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритмичные, с частотой 80 ударов в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст., одинаковое на обеих руках. Живот напряжён, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области, слабopоложительный симптом Щёткина - Блюмберга. Пульсация сосудов нижних конечностей сохранена. Отёков нет. На основании полученных данных врач скорой помощи выставил диагноз – перфорация язвы 12 п. кишки. Больной был госпитализирован в хирургическое отделение.

В приёмном отделении проведены обследования: ОАК: Гемоглобин – 140 г/л, Лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л, нейтрофилёз, СОЭ – 8 мм/ч. ОАМ: Без патологии. Обзорная рентгенография органов брюшной полости без патологии. ФГДС: органических изменений не выявлено. ЭКГ: ритм синусовый, во II, III, aVF отмечается подъём сегмента ST, который сливается с положительным зубцом T; в I, aVL, V1, V2 отмечается депрессия сегмента ST. (ЭКГ см. ниже)

Вопросы:

1. Дайте оценку данным объективного осмотра, лабораторно-инструментальным данным.
2. Какой предположительный диагноз у больного?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести?
4. Какую ошибку совершил врач скорой помощи?
5. Какие ваши действия?

Задача №15

Больной И. – 47 лет. Проснулся ночью от сильной боли за грудиной, в шее, левом плече. Почти сразу почувствовал удушье. Из-за болей и ощущения нехватки воздуха не мог лежать: вскакивал с постели, ходил по комнате, появился кашель с мокротой. Ранее считал себя здоровым человеком. Много курил. Примерно через час от начала приступа осмотрен врачом специализированной кардиологической бригады скорой помощи.

Объективно: Состояние тяжелое, нормостеник, достаточного питания. Заторможен. Положение ортопноэ. Кожный покров бледный, конечности холодные, отмечается цианоз губ. Дыхание ослабленное, учащенное, с обеих сторон в лёгких множественные крупнопузырчатые хрипы, ЧДД 34 в мин. Пульс на лучевых артериях ослаблен, ритмичен 100 уд. в мин. Границы сердца не расширены. Тоны глухие, ритмичные частотой 100 уд. в мин. АД 140/90 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный при пальпации, печень у края рёберной дуги. Пульсация сосудов нижних конечностей сохранена. Отёков нет.

Произведена запись ЭКГ: ритм синусовый; I, aVL, V5, V6 отмечается патологический зубец Q, подъём сегмента ST, который сливается с положительным зубцом T.

Вопросы:

1. Дайте оценку данным объективного осмотра, записи ЭКГ.

2. Какой предположительный диагноз у больного?
3. Какое осложнение развилось у больного?
4. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести?
5. Какие ваши лечебные мероприятия?

Задача №16

Больной С. – 55 лет. Утром проснулся от давящей боли за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку, спустя некоторое время появилось чувство нехватки воздуха, резкая слабость, потливость. Боль сохранялась в течении часа, носила нарастающий характер, усилилась одышка, в связи с чем больной вызвал скорую помощь. Объективно: Состояние тяжёлое. Больной адинамичен. Кожный покров бледный, конечности холодные, влажные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Аускультативно дыхание жёсткое, в задненижних отделах мелкопузырчатые хрипы, ЧДД 26 в мин. Пульс на лучевых артериях ослаблен, ритмичен 110 уд. в мин. Границы сердца не расширены. Тоны глухие, ритмичные, с частотой 110 уд. в мин. АД 85/60 мм. рт. ст. Живот мягкий безболезненный при пальпации, печень у края рёберной дуги. Отёков нет.

Произведена запись ЭКГ: ритм синусовый, V1-V4 отмечается патологический зубец Q, элевация сегмента ST, который сливается с положительным зубцом T.

Вопросы:

1. Дайте оценку данным объективного осмотра, записи ЭКГ.
2. Какой предположительный диагноз у больного?
3. Какое осложнение развилось у больного?
4. Какие ваши лечебные мероприятия на этапе скорой помощи?
5. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести в стационаре?

Задача №17

Мужчина 56 лет, жалуется на боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую лопатку, левую руку при ходьбе до 100 метров, подъеме на первый этаж, сопровождается появлением одышки. Боли проходят после сублингвального приёма нитроглицерина, через 3-5 минут. Болен в течение 3-х лет. Со временем толерантность к физическим нагрузкам постепенно снижалась. Курит. Отец умер в 53 года от инфаркта миокарда.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, нормостеник, избыточного питания (вес 100 кг, рост 176 см.). Выглядит старше своих лет, много седых волос. По периферии роговицы светло - серая полоска. В области век ксантеллазмы. Пульс на лучевых артериях удовлетворительных свойств, сосудистая стенка плотная. Границы сердца не расширены. Тоны ясные, ритмичные, с частотой 78 ударов в минуту. АД 135/80 мм. рт. ст., одинаковое на обеих руках. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При аускультации брюшного отдела аорты выслушивается систолический шум. Пульсация сосудов нижних конечностей сохранена.

ЭКГ: ритм синусовый, RI > RII > RIII, желудочковая экстрасистолия по типу бигемении, метаболические изменения в миокарде. Эхо-КГ: стенки аорты уплотнены, утолщены, немного увеличена полость левого предсердия, гипертрофии стенок сердца нет, локальных зон гипокинеза нет. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какие факторы риска ИБС есть у пациента?
2. Дайте оценку болевого синдрома, определите ФК стенокардии.
3. Дайте оценку данным объективного осмотра, методам обследования.

4. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести для постановки диагноза?
5. Ваши рекомендации пациенту.

Задача №18

Мужчина 48 лет, обратился к кардиологу с жалобами на боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, горло. Боли сжимающего характера появляются при ходьбе, вынужден останавливаться, принимать нитроглицерин, с положительным эффектом. Последнюю неделю боли беспокоят чаще, стали более продолжительными, хуже купируются нитроглицерином.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное, нормостеник, достаточного питания. В области верхних век видны небольшие бледно - жёлтого цвета образования. Границы сердца не расширены. Тоны ясные, ритмичные, с частотой 72 удара в минуту, акцент II тона на аорте. АД 145/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. При аускультации брюшного отдела аорты патологических шумов не выслушивается. Пульсация сосудов нижних конечностей удовлетворительная. Отёков нет. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС отклонена влево, в отведениях I, aVL, V5-V6, отмечается депрессия сегмента ST на 1 мм. от изолинии, зубец T сглажен.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту?
2. Дайте оценку данным объективного осмотра, ЭКГ.
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести?
4. Ваши действия, выбор тактики лечения.

Задача №19

Больной К. 70 лет. Предъявляет жалобы на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной нагрузке, неритмичное сердцебиение, отёки на ногах, тяжесть в правом подреберье, слабость. Из анамнеза известно, что больной дважды перенёс инфаркт миокарда.

При объективном осмотре: Состояние средней тяжести. Нормостеник, избыточного питания (вес 90 кг, рост 170 см.). Кожный покров, склеры, мягкое нёбо субиктеричны. Дыхание жёсткое, ослабленно в нижнебоковых отделах. ЧДД 24 в мин. Пульс на лучевых артериях аритмичный, слабого наполнения, частотой 90 в мин. Границы сердца расширены во все стороны. Тоны глухие, аритмичные частотой 110 ударов в мин., систолический шум на верхушке и в т. Боткина, акцент II тона на лёгочной артерии. АД 120/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, печень увеличена на 5 см, при пальпации чувствительна. Отёки нижних конечностей.

ЭКГ: ритм несинусовый, отмечается фибрилляция предсердий с ЧЖС 80-160 в мин. RI > RII > RIII. Имеются рубцовые изменения переднеперегородочной и боковой стенки левого желудочка. Обзорная рентгенограмма ОГК: двухсторонний экссудативный плеврит.

Вопросы:

1. Дайте оценку данным объективного осмотра, методам обследования.
2. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимо провести для постановки диагноза?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Ваши рекомендации по лечению больного.

ОТВЕТЫ К КЛИНИЧЕСКИМ ЗАДАЧАМ

Задача №1

1. Хронический гастрит, атрофический
2. ФГС: слизистая оболочка желудка бледная, истончена сглаженность складок, просвечивание сосудов, их повышенная ранимость. Гистологическое исследование биоптатов: атрофия железистого эпителия, кишечная метаплазия. Общий анализ крови: признаки В-12 дефицитной анемии.
3. Заместительная терапия.

Задача №2

1. Исчезновение печеночной тупости при перкуссии, симптомы раздражения брюшины
2. Прободение язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.
3. Обзорная рентгенография—наличие газа в брюшной полости.

Задача №3

1. Пенетрация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки в желчный пузырь с образованием свища.
2. Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки - затекание контрастного вещества в желчный пузырь. Холецистография - затекание контрастного вещества в желудок.
3. Госпитализация больного в хирургическое отделение для оперативного лечения.

Задача №4

1. Язвенная болезнь, обострение. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Кишечное кровотечение.
2. ФГДС: кровоточащий сосуд в луковице двенадцатиперстной кишки. ОАК: нарастающая анемия. Реакция кала на скрытую кровь положительная.
3. Госпитализация больного в хирургическое отделение для проведения мероприятий по восполнению ОЦК и обеспечению гемостаза. При безуспешности консервативного лечения показана операция.

Задача №5

1. Синдром раздраженного кишечника.
2. Данный диагноз - диагноз исключения. Проводятся необходимые методы исследования для исключения органической патологии.
3. Диета. Нормализация нервно-психической деятельности. Прокинетики, спазмолитики, М-холиноблокаторы.

Задача №6

1. Пневмония лёгкой степени тяжести.
2. Мелкопузырчатые влажные хрипы, возможно притупление или укорочение перкуторного звука.
3. Возможно лечение на дому.
4. Перорально антибиотики, дезинтоксикационная терапия, муколитики, бронхолитики по показаниям, увлажненный кислород при госпитализации.
5. Аллергическая реакция.

Задача №7

1. Хронический алкогольный панкреатит с развитием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и синдрома мальабсорбции.
2. Амилаза крови и мочи - их повышение; исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы — её снижение; определение уровня глюкозы крови - возможно повышение; УЗИ поджелудочной железы - повышение эхогенности, наличие в ней кальцинатов.
3. При копрологическом исследовании обнаружение стеатореи и креатореи.

4. Исключение приёма алкоголя. Диета №5. Приём ферментных препаратов с высоким содержанием липазы.

Задача №8

1. Желчнокаменная болезнь, осложнённая хроническим панкреатитом с развитием внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.
2. УЗИ органов брюшной полости, холецистография, амилаза крови и мочи, копрограмма.
3. При обнаружении желчнокаменной болезни - оперативное лечение. Диета - стол №5. Для купирования болевого синдрома - спазмолитики. С целью коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы назначение ферментных препаратов.

Задача №9

1. У больной имеют место: синдромы гепатомегалии, анемии, цитолиза.
2. Высокая активность ферментов цитолиза (АСТ, АЛТ) в сочетании с персистенцией вируса гепатита В при отсутствии маркеров его репликации служат основанием для исследования маркеров гепатита D.
3. Для диагностики портальной гипертензии необходимо УЗИ печени, селезенки.
4. Предварительный диагноз: Суперинфекция острым вирусным гепатитом D на фоне латентно текущего вирусного гепатита В, с выраженными явлениями цитолиза и слабо выраженной анемией.
5. Для подтверждения окончательного диагноза необходимы: исследование маркеров гепатита D, УЗИ органов брюшной полости, биопсия печени с последующим морфологическим исследованием биоптатов.

Задача №10

1. Возраст – женщина старше 65 лет, неблагоприятная наследственность, ожирение, гиперхолестеринемия. Длительный стаж заболевания, наличие поражения ЦНС.
2. ИМТ 30 кг/м², увеличение границы сердца влево, акцент II тона на аорте, напряжённый пульс, ЭКГ: ЭОС отклонена влево, признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка, желудочковая экстрасистолия. Гиперхолестеринемия, повышение сывороточного креатинина.
3. Артериальная гипертензия стадия III, риск 4. Дисциркуляторная энцефалопатия, в резидуальном периоде ОНМК. Остаточные явления левостороннего гемипареза. Нефроангиосклероз. ХБП (стадия требует уточнения). Ожирение II степени. Выставлена III стадия – т. к. есть поражение органов мишеней и АКС, риск 4 (очень высокий) наличие ассоциированных клинических состояний – поражение ЦНС, почек.
4. ОАМ (микроальбуминурия, снижение плотности мочи), моча по Зимницкому, проба Реберга-Тареева, глюкоза крови (тест толерантности к глюкозе), сывороточная концентрация калия, мочевины, остаточного азота, липидный спектр крови, ФПП, Эхо-КГ, суточное мониторирование АД, осмотр глазного дна окулистом, УЗИ почек с исследованием кровотока, консультация невролога.
5. Достижение целевого уровня АД (менее 130/80 мм. рт. ст.), рекомендации по изменению образа жизни, комплексная комбинированная лекарственная терапия. Препараты выбора – блокаторы рецепторов к ангиотензину, тиазидоподобный диуретик, АК-дигидропиридиновые, агонисты имидазолиновых рецепторов, статины. Лечение у невролога.

Задача №11

1. Неблагоприятная наследственность, стрессовые ситуации, курение, гиперхолестеринемия. Длительный стаж заболевания, наличие поражения сердца, сосудов.

2. Напряжённый пульс, плотная сосудистая стенка, акцент II тона на аорте, ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, гиперхолестеринемия, изменения на глазном дне.
3. ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка:
 - увеличение времени внутреннего отклонения в левых грудных отведениях V5 и V6 более 0,04 с.
 - увеличение амплитуды зубца R в левых отведениях - I, aVL, V5 и V6.
 - смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии, инверсия или двухфазность зубца T в левых отведения - I, aVL, V5 и V6.
 - нарушение проводимости по левой ножке пучка Гиса: полные или неполные блокады ножки.
 - отклонение электрической оси сердца влево (левограмма)
 - смещение переходной зоны в отведение V2 или V1.
 - $SV2 + RV5 > 38$ мм (индекс Соколова-Лайона)
4. Артериальная гипертензия стадия II, риск 3. Дисциркуляторная энцефалопатия. Выставлена II стадия – т. к. есть поражение органов мишеней (гипертрофия левого желудочка), риск 3 (высокий) - 3 фактора риска, 2 степень повышения АД, наличие поражения сердца и сосудов.
5. ОАМ, проба Реберга-Тареева, глюкоза крови (тест толерантности к глюкозе), калий крови, липидный спектр, ФПП, Эхо-КГ, холтер-АД, измерение глазного давления, УЗИ почек с исследованием кровотока, консультация невролога, психотерапевта.
6. Достижение целевого уровня АД (менее 130/80 мм. рт. ст.), рекомендации по изменению образа жизни, достижение комплаентности, комплексная комбинированная лекарственная терапия. Препараты выбора – блокаторы рецепторов к ангиотензину, тиазидоподобный диуретик, β-АБ, статины, мягкие транквилизаторы.

Задача №12

1. Мужской пол, возраст, гиподинамия, неблагоприятная наследственность, ожирение, гипертония, гиперхолестеринемия.
2. ИМТ 36, признаки атеросклероза: выглядит старше своих лет, раннее поседение, arcus senilis, аневризма брюшного отдела аорты. ЭКГ: левограмма, гипертрофия левого предсердия. Гиперхолестеринемия.
3. Эхо-КГ, УЗИ абдоминальное, КТ, возможно ангиографию аорты, липидный спектр крови.
4. Коррекция факторов риска, медикаментозно – гиполипидемические препараты, динамический контроль.

Задача №13

1. Атеросклероз грудного отдела аорты.
2. Признаки уплотнения и расширения грудной аорты – усиленная пульсация, расширение сосудистого пучка, функциональный систолический шум, связанный с появлением турбулентного тока крови в расширенной восходящей аорте. Повышение систолического АД; асимметрия АД, пульса, обусловленные атеросклеротическим поражением подключичной артерии слева, либо сдавлением аневризмой дуги аорты. Рентгенологические признаки атеросклероза аорты.
3. Эхо – КГ, УЗИ абд, ангиографическое исследование аорты, липидный спектр крови.
4. Расслаивающаяся аневризма, аневризма аорты, сдавление близко расположенных органов – трахеи, бронхов, пищевода, нервных стволов – синдром Горнера (анизокория, энтофтальм, птоз), верхней полой вены.
5. Коррекция факторов риска, гиполипидемические препараты, возможно хирургическое лечение.

Задача №14

1. У больного клиника инфаркта миокарда, который симулировал клинику острого живота или пищевой токсикоинфекции. На ЭКГ признаки трансмурального инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка, острейшая стадия, с реципрокными изменениями по передней стенке.
2. Диагноз: Острый трансмуральный инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, абдоминальный вариант.
3. Маркёры повреждения сердечной мышцы, Эхо-КГ: гипокинез нижней стенки, с дифференциальной целью – абдоминальное УЗИ.
4. Врач СП не сделал запись ЭКГ. Не был тщательно собран анамнез.
5. Перевод в профильное кардиологическое отделение, лечение инфаркта миокарда по стандартной схеме.

Задача №15

1. Больная страдает ИБС. Стенокардией напряжения ФК III.
2. Клиника нестабильной стенокардии, необходимо было срочно обратиться за медицинской помощью к кардиологу.
3. У больной отмечается гипертонус САС: психомоторное возбуждение, холодные влажные конечности, тахикардия, повышение уровня систолического АД.
4. ЭКГ признаки инфаркта миокарда с з. Q переднеперегородочной области и верхушки левого желудочка. В грудных отведениях V1,V2 видны характерные для острого инфаркта изменения: желудочковый комплекс QS вместо обычного QRS, элевация сегмента ST, который сливается с з. T. В отведениях V3,V4 отмечается элевация сегмента ST.
5. Острый инфаркт миокарда с з. Q переднеперегородочной области и верхушки левого желудочка.
6. Общеклинические методы обследования, маркёры некроза миокарда, Эхо-КГ, динамический контроль ЭКГ и ЭКГ в дополнительных отведениях.

Задача № 16

1. У больного клиника острого инфаркта миокарда, осложнившегося левожелудочковой недостаточностью. На ЭКГ признаки трансмурального инфаркта миокарда переднебоковой стенки левого желудочка.
2. Острый трансмуральный инфаркт миокарда переднебоковой стенки.
3. Альвеолярный отёк легких.
4. Общеклинические анализы, кровь на маркёры повреждения миокарда, Эхо-КГ.
5. Лечение инфаркта миокарда и отёка легких по стандартному алгоритму: купирование болевого синдрома, диуретики, вазодилататоры, антикоагулянты и дезагреганты, оксигенотерапия и др.

Задача №17

1. У больного клиника острого инфаркта миокарда, осложнившегося кардиогенным шоком. На ЭКГ признаки инфаркта миокарда с зубцом Q переднеперегородочной стенки и верхушки левого желудочка.
2. Острый инфаркт миокарда с зубцом Q переднеперегородочной стенки и верхушки левого желудочка.
3. Кардиогенный шок, отёк лёгких.
4. Лечение инфаркта миокарда и кардиогенного шока по стандартному алгоритму: купирование болевого синдрома, инотропная (прессорные амины, норадреналин) поддержка, антикоагулянты, фибринолитики и дезагреганты, диуретики, оксигенотерапия и др.
5. Общеклинические анализы, кровь на маркёры повреждения миокарда, Эхо-КГ, значения почасового диуреза, значения ЦВД.

Задача №18

1. Мужской пол, возраст, неблагоприятная наследственность, ожирение, гиперхолестеринемия.
2. Болевой приступ соответствует III ФК стабильной стенокардии, постепенное снижение толерантности к нагрузкам свидетельствует о прогрессировании коронаросклероза.
3. ИМТ 32, признаки атеросклероза: выглядит старше своих лет, arcus senilis, ксантеллазмы, атеросклеротическое поражение брюшного отдела аорты. ЭКГ: левограмма, желудочковая экстрасистолия как признак хронической ишемии миокарда. ЭхоКГ: признаки атеросклероза аорты. Гиперхолестеринемия,
4. Суточное мониторирование ЭКГ, нагрузочные пробы, коронароангиография, УЗИ абдоминальное, липидный спектр крови.
5. Коррекция факторов риска, медикаментозное и хирургическое лечение ИБС.

Задача №19

1. Прогрессирующая стенокардия напряжения.
2. Признаки атеросклероза – ксантеллазмы; повышение цифр АД, акцент II тона на аорте может свидетельствовать о гипертонической болезни. ЭКГ – признаки субэндокардиальной ишемии переднее – боковой стенки левого желудочка.
3. ЭхоКГ, сердечные маркёры повреждения, липидный спектр крови, ФПП.
4. Госпитализация по неотложной помощи в кардиологическое отделение, лечение ОКС по общепринятой схеме (антикоагулянты, антиагреганты, β -адреноблокаторы, иАПФ, нитраты, статины).

Задача №20

1. С учётом жалоб пациента (одышка, сердцебиение, отёки, тяжесть в правом подреберье, слабость) и объективным данным, свидетельствующим о застойных явлениях в обоих кругах кровообращения, можно поставить ХСНIII ФКIV.
2. Лабораторные – общеклинические и биохимические анализы, инструментальные – ЭхоКГ (дилатация полостей сердца, общий гипокинез стенок, лёгочная гипертензия, снижение фракции выброса), УЗИ абдоминальное (гепатомегалия, возможно асцит).
3. ИБС. Ишемическая кардиомиопатия. Постинфарктный кардиосклероз. Постоянная форма фибрилляции предсердий. ХСНIII ФКIV. Двухсторонний экссудативный плеврит.
4. Немедикаментозная – диета, ограничение жидкости, подсчёт суточного диуреза и лекарственная терапия – диуретики, иАПФ, гликозиды, малые дозы β -АБ, антиагреганты и др.

11. Методическое обеспечение производственной практики

11.1. Методические рекомендации по организации проведения производственной практики

Методические рекомендации по организации проведения производственной практики содержатся в дневнике производственной практики, отпечатанном типографским способом. Он же, а также сводный цифровой отчёт являются основными документами отчётности. Дневник и отчёт являются официальными документами. Без них студенты не допускаются к сдаче зачёта по производственной практике. Для дневника может быть использована тетрадь в 48 листов, в которой ежедневно отражается выполненная работа в соответствии с программой. Дневник

должен содержать все данные для составления цифрового отчёта. Записи в дневнике ведутся разборчиво, в произвольной форме с использованием латинских названий. После краткой характеристики базового отделения лечебного учреждения в дневнике по трем графам (I - дата записи, II - содержание работы, III - подпись врача-ординатора или заведующего отделением за каждый день работы) должно быть записано всё, что делал студент сам лично, в чём принимал участие, что видел.

Титульный лист дневника оформляется следующим образом:

ДНЕВНИК

производственной практики студента IV курса _____ группы

ФИО _____

Место практики (название лечебно-профилактического учреждения, город) _____

Практика в должности помощник врача _____ отделения

Начало практики « _____ » _____ 20__ года

Окончание практики « _____ » _____ 20__ года

ФИО руководителя практики от ПсковГУ _____

ФИО руководителя практики на клинической базе _____

Образец ежедневной записи в дневнике производственной практики:

При работе в отделении стационара

Дата	Виды выполненных работ	Подпись врача отделения
у 05 июля 20__ г.	Участие в утренней планёрке. Заполнение отчётной медицинской документации. Курация больных в отделении под контролем лечащего врача. Измерение артериального давления, ЧСС у 7-х больных. Оказание первой помощи, в случае необходимости, например при болях в сердце, гипертоническом кризе и т. д. (подробное описание симптомов и эффекта от проведённых лечебных мероприятий). Санитарно-просветительская работа. Проведение беседы с больными в палате №__ о диетическом питании при атеросклерозе.	

В конце каждого дня работы в дневнике следует проводить суммарный подсчёт количества произведённых за смену манипуляций. В дневнике отражается санитарно-просветительская работа. Дневник по всем видам практики ежедневно представляется ответственному врачу-ординатору на просмотр и подпись и руководителю практики от университета при посещении им отделения. Отсутствие ежедневных записей в дневниках, подтверждённых подписями, расценивается как пропуск соответствующих рабочих дней, которые подлежат отработке в дополнительное время после окончания практики.

По окончании работы в отделениях стационара руководителями практики (врачом-ординатором, заведующим отделением) в сводном цифровом отчете выставляется оценка по производственной практике, ставится круглая печать лечебного учреждения. После окончания всей производственной практики студент оформляет сводный цифровой отчет о проделанной работе (перечень выполненных работ и количество освоенных практических навыков) на основе записей в дневнике.

Перечень выполненных работ и приобретенных практических навыков

во время производственной практики по программе «Помощник врача стационара» студентом (студенткой) _____ группы 4 курса лечебного факультета

Ф. И.О. _____

1. ЦИКЛ ТЕРАПИЯ

№	Виды работ и навыки	Количество
1.	Ведение больных в стационаре	
2.	Заполнение историй болезни	
3.	Выписывание листов нетрудоспособности	
4.	Выписывание рецептов	
5.	Заполнение справок при выписке больных	
6.	Подготовка направление во МСЭК	
7.	Дежурства по отделению	
8.	Участие в утренних планерках отделения и ЛПУ	
9.	Выполнение врачебных манипуляций: 9.1 внутривенные инъекции; 9.2 определение группы крови и резус-фактора; 9.3 переливание крови; 9.4 прочие	
10.	Работа в клинической лаборатории: 10.1 проведение общего анализа крови; 10.2 проведение общего анализа мочи; 10.3 определение глюкозы крови	
11.	Работа в физиотерапевтическом отделении ЛПУ: 11.1 проведение массажа; 11.2 проведение ЛФК; 11.3 проведение лечебных ингаляций	
12.	Работа в отделении функциональной диагностики: 12.1 проведение и расшифровка ЭКГ; 12.2 проведение и расшифровка спирограмм; 12.3 проведение УЗИ-исследований: - абдоминальное УЗИ; - УЗИ щитовидной железы	
13.	Проведение неотложной помощи при: 13.1 гипертоническом кризе; 13.2 приступе стенокардии; 13.3 при инфаркте миокарда; 13.4 острой сосудистой недостаточности: - обморок; - коллапс;	

	- шок 13.5 при приступе бронхиальной астмы; 13.6 при внутренних кровотечениях	
14.	Присутствие при патологоанатомических исследованиях	
15.	Участие в работе научно-практических конференций	
16.	Санитарно-просветительская работа	

Краткая характеристика студента по итогам прохождения производственной практики по циклу ТЕРАПИИ:

Оценка по циклу ТЕРАПИЯ _____ Дата _____
Подпись и печать _____

2.ЦИКЛ ХИРУРГИЯ

№	Виды работ и навыки	Количество
1.	Ведение больных в стационаре	
2.	Заполнение историй болезни	
3.	Выписывание листов нетрудоспособности	
4.	Выписывание рецептов	
5.	Заполнение справок при выписке больных	
6.	Подготовка направление во МСЭК	
7.	Дежурства по отделению	
8.	Участие в утренних планерках отделения и ЛПУ	
9.	Выполнение врачебных манипуляций: 9.1 внутривенные инъекции; 9.2 определение группы крови и резус-фактора; 9.3 переливание крови; 9.4 перевязки; 9.5 наложение гипсовых повязок	
10.	Работа в клинической лаборатории: 10.1 проведение общего анализа крови; 10.2 проведение общего анализа мочи; 10.3 определение глюкозы крови	
11.	Работа в физиотерапевтическом отделении ЛПУ: 11.1 проведение массажа; 11.2 проведение ЛФК; 11.3 проведение лечебных ингаляций	

12.	Работа в операционном блоке: 12.1 участие в подготовке больного к операции; 12.2 присутствие на операции; 12.3 ассистирование во время операции; 12.4 участие в проведении наркоза	
13.	Оказание неотложной помощи при: 13.1 остановке кровотечения; 13.2 транспортной иммобилизации; 13.3 обработке разнообразных ран; 13.4 острой сосудистой недостаточности: - обморок; - коллапс; - шок	
14.	Присутствие при патологоанатомических исследованиях	
15.	Участие в работе научно-практических конференций	
16.	Санитарно-просветительская работа	

Краткая характеристика студента по итогам прохождения производственной практики по циклу ХИРУРГИИ:

Оценка по циклу ХИРУРГИЯ _____ Дата _____

Подпись и печать _____

1. ЦИКЛ АКУШЕРСТВО

№	Виды работ и навыки	Количество
1.	Ведение рожениц и родильниц в стационаре	
2.	Заполнение историй родов	
3.	Выписывание листов нетрудоспособности	
4.	Выписывание рецептов	
5.	Заполнение справок при выписке родильниц	
6.	Осмотр и наблюдение новорожденных	
7.	Дежурства по отделению	
8.	Участие в утренних планерках отделения и ЛПУ	
9.	Выполнение врачебных манипуляций: 9.1 внутривенные инъекции; 9.2 определение группы крови и резус-фактора; 9.3 переливание крови; 9.4 перевязка пуповина (наложение скобок); 9.5 участие в обработке новорожденного	

10.	Работа в клинической лаборатории: 10.1 проведение общего анализа крови; 10.2 проведение общего анализа мочи; 10.3 определение глюкозы крови и др.	
11.	Работа в физиотерапевтическом отделении ЛПУ: 11.1 проведение массажа; 11.2 проведение ЛФК; 11.3 проведение лечебных ингаляций	
12.	Работа в родильном зале: 12.1 участие в подготовке роженицы к родам; 12.2 присутствие при естественном и искусственном родоразрешении; 12.3 ассистирование во время операции; 12.4 участие в осмотре и обработке новорожденного	
13.	Присутствие при патологоанатомических исследованиях	
14.	Участие в работе научно-практических конференций	
15.	Санитарно-просветительская работа	

Краткая характеристика студента по итогам прохождения производственной практики по циклу АКУШЕРСТВО:

Оценка по циклу АКУШЕРСТВО _____ Дата _____
Подпись и печать _____

11.2. Методические рекомендации преподавателям по подведению итогов практики

Итоговая оценка производственной практики показывает, что студенты, выполнив программу практики, осваивают необходимый объем практических навыков по обследованию пациента, диагностике заболевания, могут выполнять основные врачебные диагностические и лечебные манипуляции при оказании плановой и первой врачебной помощи при неотложных состояниях; проводить профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия, осуществлять диспансеризацию здоровых и больных; вести медицинскую документацию, организовывать работу подчиненного ему медицинского персонала и вести работу по медицинскому просвещению.

1. По окончании практики студент полностью заполняет все отчетные разделы дневника и сдает его базовому (курсовому) руководителю с характеристикой, подписанной непосредственным руководителем практики от лечебно-профилактического учреждения и заверенный печатью лечебного учреждения.

2. Отчет должен содержать сведения о конкретно выполненной работе студентом в период практики. В отчет должны быть включены специальные

разделы об итогах выполнения общественно-политической, санитарно-просветительной, учебно-исследовательской работы.

3. Прохождение производственной практики заканчивается дифференцированным зачетом с выставлением оценки по 5-ти бальной шкале. Студенты, проходившие производственную практику в лечебно-профилактических учреждениях других городов, сдают зачет в августе комиссии на кафедре, курирующей данный раздел практики. Информация размещается на стендах деканата.

4. Критерии оценки производственной практики:

полный ответ на вопросы, заданные по итогам практики, правильное заполнение «Дневника производственной практики», правильное использование студентом медицинской терминологии, грамотное изложение материалов в дневнике, количественная характеристика навыков и умений, а также проделанной студентом работы

5. Оценка фиксируется в зачетной книжке базовым (курсовым) руководителем производственной практики от ВУЗа.

6. Студенты, не выполнившие программу практики по уважительной причине, направляются на практику вторично в свободное от учебы время.

7. Если студент получил отрицательную оценку на дифференцированном зачете или не сдал зачет в течение двух недель от начала семестра, деканат факультета и производственной практики принимает решение о возможности повторной сдачи зачета.

8. Студенты, не выполнившие программу производственной практики без уважительной причины, считаются неуспевающими.

9. Студенты, не выполнившие программу производственной практики без уважительной причины, или получившие неудовлетворительную оценку представляются к отчислению как имеющие академическую задолженность.

12. Учебно-методическое и информационное обеспечение производственной практики

а) основная литература, в т.ч. из ЭБС:

1. Мухина Н.А., Внутренние болезни [Электронный ресурс] / Под ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1264 с. - ISBN 978-5-9704-1421-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414217.html> - ЭБС «Консультант студента»

2. Гостищев В.К., Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. - ISBN 978-5-9704-3214-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html> - ЭБС «Консультант студента»

3. Омаров С.-М. А., Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] / под ред. С.-М. А. Омарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3860-2 - Режим доступа:

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438602.html> - ЭБС «Консультант студента»

б) дополнительная литература, в т.ч. из ЭБС:

1. Дворецкий Л.И., Междисциплинарные клинические задачи [Электронный ресурс] / Дворецкий Л. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2330.html> - ЭБС «Консультант студента»

в) перечень информационных технологий:

Программное обеспечение:

1. Операционная система Microsoft Windows 7 (подписка на продукт: Microsoft Imagin Premium (номер соглашения: 700558808);
2. Open Office (свободное программное обеспечение);
3. Adobe Reader (свободное программное обеспечение);
4. Firefox Mozilla – Mozilla Public License (свободное программное обеспечение);
5. LMS Moodle: <http://do3.pskgu.ru/> 2.
6. Система организации видеоконференций: <http://vks.pskgu.ru/pgu/>
7. Система организации видеоконференций: Zoom
8. Система организации видеоконференций: Skype

Информационно-справочные системы:

- <http://www.studmedlib.ru/>;
- <http://www.e.lanbook.com>;
- Научная электронная библиотека elibrary.ru;
- Лабораторная информационная система WHONET 5.0 - www.who.int/drugresistance/whonetsoftware).

г) ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: rospotrebнадzor.ru, bibliomed.ru, fsvok.ru, ramld.ru, diama.ru, terramedica.spb.ru, mcfrbook.ru, clinlab.ru, labinfo.ru, medlabs.ru, scsml.rssi.ru, it-medical.ru, med-lib.ru, ribk.net, rsl.ru, elibrary, consilium-medikum.com, infamed.com, medtrust.ru, medlinks.ru, medbiolink.ru, rusmedserv.com, molbiol.edu.ru, www.medline.ru, elsevier.com, medpoisk.ru

д) перечень ЭО и ДОТ (онлайн-курсов):

При необходимости обучение ведется в дистанционном формате через систему Moodle. Размещаются методические материалы; пояснения к выполнению заданий и сами задания; пояснения к использованию методик проведения расчетов, задач; тестовые задания и др.

13. Материально-техническое обеспечение производственной практики

Для проведения производственной практики имеется материально-техническое обеспечение: структурные подразделения базовых медицинских организаций, соответствующие действующим санитарным и противопожарным нормам, а также требованиям техники безопасности при проведении учебных и научно-производственных работ. Использование палат,

лабораторий, лабораторного и инструментального оборудования, учебных комнат для работы студентов. Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), ПК, наборы таблиц и мультимедийных наглядных материалов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

14. Особенности организации практики инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

ОПОП предусматривает возможность обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Задание на производственную практику для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья разрабатывается индивидуально, согласовывается с обучающимся, руководителем ОПОП и представителем возможного работодателя. При выборе базы проведения производственной практики учитываются рекомендации медико-социальной экспертизы относительно возможных условий и видов труда обучающегося. На основании личного заявления обучающегося практика (отдельные этапы практики) может проводиться в установленном порядке.

Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями учебный процесс осуществляется в соответствии с Положением о порядке организации и осуществления образовательной деятельности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по образовательным программам среднего профессионального, высшего и дополнительного образования в ФГБОУ ВО «Псковский государственный университет», утверждённым приказом ректора 02.10.2020 № 474.

Список разработчиков, экспертов

Разработчик:

Заведующая кафедрой клинической
медицины ПсковГУ, д.м.н.

Н.В. Иванова

Эксперты:

Заместитель главного врача ГБУЗ

«Псковская областная
клиническая больница»



В.С. Киприянов

Заместитель председателя Комитета
по здравоохранению Псковской области,
кандидат медицинских наук



Н.П. Рагозина