

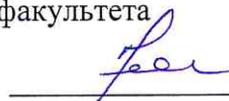
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«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.05(П) Клиническая практика (помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения)

**Специальность**

31.05.01 Лечебное дело

**Специализация ОПОП ВО**

«Лечебное дело»

(с частичной реализацией на английском языке)

Очная форма обучения

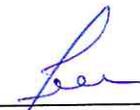
**Квалификация выпускника: врач-лечебник**

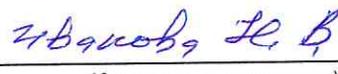
Псков  
2020

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

Зав. кафедрой

клинической медицины

  
\_\_\_\_\_  
(подпись)

  
\_\_\_\_\_  
(фамилия и инициалы)

«16» 04 2020 г.

## 1. Цели производственной практики

Цели производственной практики – изучение особенностей работы врача в первичном звене здравоохранения в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Освоение организационных принципов оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению РФ. Освоение практических навыков работы в амбулаторном звене здравоохранения (прием пациентов в поликлинике, осмотр на дому, проведение лечебно- профилактических мероприятий данной категории пациентов, диспансерное наблюдение здоровых и больных пациентов, оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе).

## 2. Задачи производственной практики:

- закрепить теоретические знания студентов об основных принципах организации первичной медико-санитарной помощи населению в амбулаторных условиях;
- ознакомить студентов с особенностями организации и объемом работы врача амбулаторно-поликлинического учреждения;
- ознакомить студентов с современными диагностическими возможностями поликлинической службы и обучить их рациональному использованию;
- развить у студентов навыки клинического мышления по диагностике в условиях поликлиники наиболее часто встречающихся терапевтических, хирургических заболеваний, состояний и травм, оценке особенностей их течения, амбулаторного лечения, первичной и вторичной профилактики, экспертизы трудоспособности;
- психологически подготовить студентов к будущей профессии.

## 3. Место производственной практики в структуре ОПОП

Производственная практика проводится по окончании X семестра, относится к базовой части профессиональных дисциплин **Б2.Б.05(П)** по специальности лечебное дело высшего медицинского образования

Для успешного прохождения дисциплины «**Клиническая производственная практика (помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения)**» используются знания, умения и компетенции, сформированные в процессе изучения дисциплин **Б1.Б.2 «Биоэтика»** (знания прав и моральных обязательств современного врача, юридических и моральных прав пациентов; умение формировать и аргументировано отстаивать свою собственную позицию по различным проблемам биоэтики; использовать положения и категории этики и биоэтики с позиции медицинского работника; навыки восприятия и анализа текстов, имеющих этико-правое содержание, приемами ведения дискуссии и полемики, общения с пациентами, их родственниками, медицинскими работниками); **Б1.Б.14 «Биология»** (знания общих закономерностей происхождения и развития жизни, свойств биологических систем, законов генетики и ее значение для медицины; закономерностей наследственности и изменчивости в

индивидуальном развитии как основ понимания патогенеза и этиологии наследственных и мультифакториальных заболеваний; умение объяснять характер отклонений в ходе развития, ведущих к формированию вариантов, аномалий и пороков); **Б1.Б.15 «Анатомия» и Б1.Б.16 «Топографическая анатомия и оперативная хирургия»** (знания анатомических терминов, общих закономерностей строения тела человека, структурно-функциональных взаимоотношений частей организма, анатомо-топографических взаимоотношений органов и частей организма человека; умение ориентироваться в топографии и деталях строения органов); **Б1.Б.18 «Нормальная физиология»** (знания особенностей функционирования органов и систем организма человека, в том числе регуляторных, умения оценить изменения их нормального функционирования); **Б1.Б.19 «Микробиология, вирусология»** (знание возбудителей оппортунистических инфекций и особенностей их воздействия на макроорганизм); **Б1.Б.21 «Фармакология»** (знания фармакокинетических процессов, а также разделов Средства, угнетающие воспаление и регулирующие иммунные процесс; **Б1.Б.22 «Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия» и Б1.Б.23 «Патофизиология, клиническая патофизиология»** (знания морфологических проявлений и патофизиологических процессов при патологии органов и систем у человека); **Б1.Б.36 «Акушерство»** (знания вопросов наблюдения беременных, ведения физиологических родов, перинатологии); **Б1.Б.38 «Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика»** (умение провести объективное исследование пациента); **Б1.Б.39 «Факультетская терапия, профессиональные болезни» и Б1.Б.40 «Госпитальная терапия, эндокринология»** (знание основных заболеваний внутренних органов, особенностей их течения, диагностики и лечения); **Б1.Б.41 «Инфекционные болезни»** (знание особенностей клиники и диагностики инфекционных заболеваний, особенностей эпидемического процесса, профилактики); **Б1.Б.46 «Факультетская хирургия, урология» и Б1.Б.47 «Госпитальная хирургия, детская хирургия»** (знание правил асептики и антисептики, особенностей хирургической патологии, подходов к диагностике и лечению хирургических заболеваний); **Б1.В.ДВ.4.1 «Стандарты амбулаторной диагностики и лечения терапевтических больных» и Б1.В.ДВ.4.2 «Основы рациональной фармакологии»** (знание стандартов лечебно-диагностического процесса в условиях поликлиники). У студента должна быть сформирована общекультурная компетенция.

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.	Медицинская реабилитация	+

2.	Поликлиническая терапия	+
3.	Общественное здоровье и здравоохранение, экономика	+
4.	Фтизиатрия	+
5.	Онкология, лучевая терапия	+
6.	Гинекология	+
7.	Государственная итоговая аттестация	+

#### 4. Типы (формы) и способы проведения производственной практики

Типы производственной практики: сконцентрированная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности и 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 (Таблица №2).

Таблица №2.

№ п/п	Предприятие	Адрес предприятия	Рег.№, договора	Сроки действия договора	
				начало	окончание
1.	ГБУЗ ПО «Псковский областной онкологический диспансер»	180000 г. Псков, ул. Профсоюзная, д.10	263-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
2.	ГБУЗ «Псковская областная клиническая больница»	18007, г. Псков, ул. Малясова, д.2	262-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
3.	ГБУЗ «Детская областная клиническая больница»	180016, г. Псков, ул. Коммунальная, д. 35	265-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
4.	ГБУЗ «Псковский перинатальный центр»	180016, г. Псков, ул. Кузбасской дивизии, д. 22	267-ДС/м	07.10.2019	31.12.2025

5.	ГБУЗ «Псковский госпиталь для ветеранов войн»	180007, г. Псков, ул. Лагерная, д.3	264-ДС/м	01.10.2019	31.12.2025
----	---	-------------------------------------	----------	------------	------------

Производственная практика проводится в 10 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-7 – 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:

### **ЗНАТЬ:**

- принципы организации ПМСП населению;
- виды и структуру лечебных учреждений, оказывающих ПМСП населению;
- организацию деятельности участковой поликлиники, порядок оказания медицинской помощи населению на приеме и на дому;
- функциональные обязанности участкового терапевта и узких специалистов;
- организационные принципы взаимодействия участкового терапевта и узких специалистов;
- критерии и сроки временной утраты трудоспособности, признаки стойкой утраты трудоспособности;
- порядок оформления медицинской документации при установлении нетрудоспособности;
- виды и назначение медицинской документации;
- организацию экспертизы качества и безопасности медицинской помощи в поликлинике;
- использование стационарзамещающих технологий в практике участкового терапевта;
- правила противоэпидемической работы на участке;
- принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи: гипертонический криз; крапивница; бронхообструктивный синдром; инфаркт

миокарда; клиническая смерть; отек легких; судорожный синдром; нарушение сознания; электротравма; ожоги (термические, химические); ингаляции дыма, отравление угарным газом; укусы насекомых; укусы змей, животных; гипертермия, перегревание; отёк Квинке; анафилактический шок; гиперкетонемическая кома; гипогликемическая кома;

- современные классификации заболеваний внутренних органов;

### **УМЕТЬ:**

- провести осмотр больного на приеме и на дому, назначить необходимое обследование и лечение пациента под контролем участкового врача;
- провести мероприятия по ранней диагностике наиболее часто встречающихся заболеваний в амбулаторной практике;
- назначить необходимые мероприятия по профилактике и диспансеризации у данного пациента;
- оформлять основную медицинскую документацию:
  - медицинская карта амбулаторного больного – форма 025у;
  - направление на МСЭК – форма 088 /у-06;
  - справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся – форма 095у;
  - листок нетрудоспособности - 01у;
  - талон амбулаторного пациента – форма 025-2у;
  - санаторно-курортную карту – форма 072у;
  - журнал учета инфекционных заболеваний – форма 060у;
  - рецептурные бланки – форма 107у, 148-1у-88;
  - книга регистрации листков временной нетрудоспособности - 03;
  - журнал регистрации вызовов на дом;
  - контрольная карта диспансерного наблюдения – форма 030у;
  - карта учета дополнительной диспансеризации -131у;
  - экстренное извещение об инфекционном заболевании, остром, профессиональном отравлении – форма 058;
- оказывать первую врачебную помощь при неотложных состояниях:
  - гипертонический криз;
  - крапивница;
  - бронхообструктивный синдром;
  - инфаркт миокарда;
  - клиническая смерть;
  - отек легких;
  - судорожный синдром;
  - нарушение сознания;
  - гипертермия;
  - отёк Квинке;
  - анафилактический шок;
  - гипогликемическая кома;

### **ВЛАДЕТЬ:**

- расчетом показателей деятельности участкового врача:
  - заболеваемость по обращаемости;
  - болезненность;
  - план охвата периодическими профилактическими осмотрами;
  - заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
  - число дней нетрудоспособности на одного приписного пациента;
  - число дней нетрудоспособности на один случай;
  - первичная инвалидность;
  - общая инвалидность;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- способностью грамотно оформить амбулаторную медицинскую документацию;
- способностью самостоятельно работать с информацией (учебной, научной, справочной);
- способностью проводить работу по гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни (лекции и беседы с больными, выпуск санитарного бюллетеня и др.);
- сбором жалоб и анамнеза, проведением объективного исследования больного, интерпретацией результатов;
- интерпретацией основных результатов дополнительного исследования:
  - клинический анализ крови,
  - клинический анализ мочи,
  - биохимические показатели (глюкоза, холестерин, билирубин, аминотрансферазы, амилаза крови),
  - ЭКГ – выявление признаков острой коронарной патологии, нарушений ритма.

## 7. Структура и содержание производственной практики

Общая трудоемкость производственной практики составляет 5 зачетных единиц.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры
		8
<b>Контактная работа обучающихся с преподавателем</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
В том числе:		
Консультации по прохождению практики	<b>17</b>	17
Ознакомительные лекции	-	-
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	<b>163</b>	<b>163</b>
В том числе:		
Отчет по практике	<b>8</b>	8
Другие виды самостоятельной работы	<b>155</b>	155
<b>Промежуточная аттестация (всего)</b>	<b>0,25</b>	0,25
в т.ч. контактная работа обучающегося с преподавателем:		

– зачет с оценкой	0,25	0,25
<b>Общий объём практики: часов</b>	<b>180</b>	<b>180</b>
<b>зач.ед.</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>в т.ч. контактная работа обучающегося с преподавателем в ходе прохождения практики</b>	<b>17</b>	<b>17</b>

**7.2. Содержание модуля Б2.Б.05(П) «Клиническая практика (помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения)»**

		Виды производственной			Формы текущего
		Всего часов, в т.ч.	Контактная работа	Самостоятельная работа	
1	<b>Подготовительный этап.</b> Посещение установочного собрания, получение программы и дневника практики. Сбор необходимых документов.	6	2	4	Заполнение дневника практики, собеседование
2.	<b>Основной этап.</b> Организация работы поликлинического отделения ЛПП. Техника безопасности. Организация работы врача общей практики в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Ежедневные прием больных и посещение на дому, ведение медицинской документации (под контролем врача). Оценка результатов лабораторных методов исследований (клинических, биохимических, серологических, иммунологических, бактериологических) – под контролем врача.	166	15	151	Устный опрос, собеседование, наблюдение, ведение дневника

2.1	Назначение и проведение лечения (режим, диета, фармакотерапия, физиотерапия и др.) – под контролем врача. Выбор технологии постстационарной помощи (реабилитация, диспансеризация, санаторно-курортное лечение и т.д.)				Устный опрос, собеседование, наблюдение, ведение дневника
3	Оформление результатов практики в дневнике. Оформление группового творческого отчета о прохождении практики.	8	-	8	Собеседование
4.	<b>Итоговый этап.</b> Презентация программы на итоговом собрании.	0,25	0,25	-	Тест, собеседование, защита
	<b>Итого</b>	<b>180</b>	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.



<p><b>ОПК-6</b> – готовность к ведению медицинской документации</p>	<p>Знать порядок заполнения различных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>Знает различные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ и порядок их заполнения</p>	<p>Не знает основных форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>После наводящих вопросов называет отдельные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, допускает ошибки в порядке их заполнения</p>	<p>ориентируется в основных формах медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, но допускает отдельные не существенные ошибки в порядке их заполнения</p>	<p>Быстро ориентируется в различных формах медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ, знает порядок их заполнения</p>	<p>устный опрос, тестирование</p>
	<p>Уметь правильно заполнять различные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>Умеет заполнить любую форму медицинской документации из числа необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>Не умеет заполнять формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>Умеет заполнять отдельные формы медицинской документации, необходимые для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>Умеет заполнять большинство форм медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ</p>	<p>Правильно заполняет любую из предложенных форм медицинской документации, относящихся к списку необходимых для работы в амбулат</p>	<p>устный опрос, заполнение медицинских документов</p>

						орно-поликлиническом звене ЛПУ	
	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 различными формами медицинской документации, необходимых для работы в амбулаторно-поликлиническом звене ЛПУ	устный опрос, заполнение медицинских документов
<b>ПК-6</b> – способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов в заболеваниях, нозологических форм в	Знать порядок определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов в заболеваниях, нозологических форм в соответствии	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 в заболеваниях, нозологических форм в	Допускает отдельные ошибки при определении у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов, заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ-	Знает порядок и правила определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов в заболеваниях, нозологических форм в	Четко излагает порядок и правила определения у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов, заболеваний	устный опрос, тестирование, заполнение медицинских документов

соответствует в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	МКБ-Х		соответствует в соответствии с МКБ-Х	Х	соответствует в соответствии с МКБ-Х, но допускает отдельные несущественные ошибки	ний, нозологических форм в соответствии с МКБ-Х	
, Х пересмотра	Уметь диагностировать у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	Умеет диагностировать у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	Не готов диагностировать у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, не умеет формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	Допускает отдельные ошибки при диагностировании у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, а также при формулировании диагноза в соответствии с МКБ-Х	Умеет диагностировать у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х, но допускает отдельные несущественные ошибки	Умеет диагностировать у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, формулировать диагноз в соответствии с МКБ-Х	устный опрос, индивидуальное задание, заполнение медицинских документов

	Владеть навыками диагностики основных патологических состояний, симптомов, синдромов, синдромов заболеваний и формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Владеет навыками диагностик и основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний и формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Не владеет навыками диагностики основных патологических состояний, симптомов, синдромов, синдромов заболеваний, допускает грубые ошибки при формулировании диагноза в соответствии с МКБ-Х	Недостаточно владеет навыками диагностик и основных патологических состояний, синдромов, синдромов заболеваний и формулирования диагноза в соответствии с МКБ-Х	Владеет навыками диагностики основных патологических состояний, симптомов, 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, симптомов, синдромов, синдромов заболеваний и формулирует диагноз в соответствии с МКБ-Х	устный опрос, индивидуальное задание, заполнение медицинских документов
<b>ПК-9 –</b> 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 заполнение амбулаторной карты

<p>Уметь поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентом в различных нозологических формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Умеет поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентов с различным и нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Недостаточно умеет поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентом в различных нозологических формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Нуждается в наводящих вопросах для постановки диагноза и назначения лечения пациентов с различным и нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Умеет поставить правильный диагноз и назначить лечение пациентом в различных нозологических формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, но допускает отдельные несущественные ошибки</p>	<p>Ставит правильный диагноз и назначает лечение пациентам с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>устный опрос, индивидуальное задание, тестирование, заполнение амбулаторной карты</p>
<p>Владеть навыками объективного исследования пациентом для выявления возможной патологии, клинической интерпретацией результатов дополнительных исследований, навыками</p>	<p>Владеет навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, клинической интерпретацией результатов дополнительных исследований, навыками</p>	<p>Недостаточно владеет навыками объективного исследования пациентом для выявления возможной патологии, допускает грубые ошибки; не владеет клинической интерпретацией</p>	<p>Недостаточно хорошо владеет навыками объективного исследования пациентов для выявления возможной патологии, клинической интерпретацией результатов дополнительных исследований</p>	<p>Владеет навыками объективного исследования пациентом для выявления возможной патологии, клинической интерпретацией результатов дополнительных исследований</p>	<p>Четко и правильно проводит объективное исследование пациентом для выявления возможной патологии, правильно оценивает результаты,</p>	<p>устный опрос, индивидуальное задание, решение клинических задач, заполнение амбулаторной карты</p>

	исследования, навыками выписывания рецептов	выписывания рецептов	ацией результатов дополнительных методов исследования, допускает грубые ошибки при выписывания рецептов	ия, допускает отдельные ошибки при выписывания рецептов	исследования, навыками выписывания рецептов, но допускает отдельные несущественные ошибки	владеет клинической интерпретацией результатов дополнительных методов исследования, навыкам и выписывания рецептов	
--	---	----------------------	---	---	---	--	--

**10.3. Оценочные средства (типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности\_ по итогам производственной клинической практики «Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения»**

**10.3.1. Контрольные вопросы к зачету:**

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.

### **10.3.2. Тестовый контроль для студентов V курса по производственной практике «Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения»**

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) подъем 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 остроконечный зубец T
- б) глубокий остроконечный 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 холестазах повышается уровень

- а) трансаминаз
- б) тимоловой пробы
- в) кислой фосфатазы
- г) ГГТ
- д)  $\gamma$  - 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 маркёром 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 гиперлиппротеидемии 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) переходящая 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  $\beta$ 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) тромбоз 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) прострация
- 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
100-99%	5
90 - 81%	4
80-71 %	3
70 % и ниже	2

### 10.3.3. Клинические задачи для студентов V курса по производственной практике «Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения»

#### 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: Нь 66 г/л, Эр 2,8\*10<sup>12</sup>/л, СОЭ 28 мм/ч, Л 10,6\*10<sup>9</sup>/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 похудения?
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, локализирующиеся 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, локализующиеся 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 инъекцированы. 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 боли 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. Прободевание 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 звонкие 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/м<sup>2</sup>, 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. Расслаивающая аневризма, аневризма аорты, сдавление близко расположенных органов – трахеи, бронхов, пищевода, нервных стволов – синдром Горнера (анизокория, энофтальм, 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, ЭхоКГ, 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, ЭхоКГ.

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, ЭхоКГ, 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 ХСНШ 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. ХСНШ 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. Материально-техническое обеспечение производственной практики**

Амбулаторные подразделения Псковской областной клинической больницы, детской областной клинической больницы, городской больницы г. Пскова и других лечебно - профилактических учреждений Псковской области (ГБУЗ «Псковский областной онкологический диспансер», «Псковская городская поликлиника»).

Мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран), ПК, наборы таблиц и мультимедийных наглядных материалов. Ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам.

#### **11.1. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины:**

*(указываются рекомендуемые модули внутри дисциплины или междисциплинарные модули, в состав которых она может входить, образовательные технологии, а также примеры оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации)*

---

## **Производственная практика «Клиническая практика (помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения)»**

Производственная практика студентов V курса проводится в качестве помощника врача амбулаторно-поликлинической службы районных, городских и областных лечебно-профилактических учреждений. Общая продолжительность практики 4 недели: работа в дневное время по 6 часов ежедневно по окончании 10 семестра. Студенты проходят производственную практику строго согласно списку распределения учебных групп по клиническим базам.

Производственная практика начинается с вводного собрания, посвящённого организации и особенностям данного курса практики, требованиям, предъявляемым к студентам. Каждый студент получает формализованный дневник производственной практики с перечнем необходимых для усвоения практических манипуляций. Заместитель главного врача или заведующий поликлиническим отделением, ответственный за проведение практики, проводит инструктаж по технике безопасности, распределяет студентов на рабочие места, ведёт учёт работы и оценивает её. Непосредственными руководителями практики являются врачи амбулаторно-поликлинического звена, с которыми работают студенты. Руководитель от ПсковГУ, курирующий практику студентов, составляет расписание работы студентов по согласованию с руководством лечебного учреждения, осуществляет методическое руководство практикой, проведение инструктажа и контроль за её прохождением в соответствии с утвержденной программой. Студенты допускаются к прохождению производственной практики при наличии медицинского допуска в санитарной книжке.

При проведении производственной клинической практики «Помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения» необходимо использовать возможности поликлинических отделений ЛПУ для закрепления практических умений: проводить опрос и физикальное обследование больного, давать диагностическую оценку выявленным симптомам и синдромам, сформулировать диагноз согласно МКБ, вести необходимую медицинскую документацию; оказывать необходимую неотложную помощь на достационарном этапе; делать врачебные лекарственные назначения больным с заболеваниями различных органов и систем.

Практика проводится под контролем курсового и непосредственного руководителей практики.

### **11.2. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины**

Основными методическими рекомендациями по производственной практике и документами отчётности являются дневник и сводный цифровой отчёт. Дневник и отчёт являются официальными документами. Без них студенты не допускаются к сдаче зачёта по производственной практике. Дневник напечатан типографским способом, но 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 V курса \_\_\_\_\_ группы

ФИО \_\_\_\_\_

Место практики (название лечебно-профилактического учреждения, город) \_\_\_\_\_

Практика в должности помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения.

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:**

Дата	Виды выполненных работ	Подпись врача
У 05 июля 20__ г.	Участвовал в утренней планёрке. Заполнял отчётную медицинскую документацию (указать какую). Принимал участие в амбулаторно-поликлиническом приеме больных под контролем врача. Измерил артериального давления, ЧСС у 7-х больных. Посетил на дому 3 пациентов (указать диагнозы, назначенные лечебные мероприятия, заполнение документации). Оказывал первую помощь (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. Например, проведение	

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

После окончания всей производственной практики студент оформляет сводный цифровой отчёт 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 амбулаторно-поликлинического учреждения» студентом (студенткой) \_\_\_\_\_ группы 4 курса лечебного факультета

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

№	Виды работ и навыки	Количество
1.	Посещение больных на дому, всего	
2.	Количество больных, принятых на амбулаторном приеме	
3.	Заполнение талонов амбулаторного пациента – форма 025-2у;	
4.	Заполнение медицинских карт амбулаторного больного – форма 025у	
5.	Выписывание листков нетрудоспособности - 01у;	
6.	Выписывание справок о временной нетрудоспособности студентов, учащихся – форма 095у;	
7.	Выписывание рецептов - форма 107у, 148-1у-88;	
8.	Заполнение справок	
9.	Заполнение санаторно-курортных карт – форма 072у;	
10.	Заполнение контрольных карт диспансерного наблюдения - форма 030у;	
11.	Заполнение карты учета дополнительной диспансеризации -131у;	

12.	Подготовка направление в МСЭК – форма 088 /у-06;	
13.	Заполнение экстренного извещения об инфекционном заболевании, остром, профессиональном отравлении – форма 058	
14.	Участие в утренних планерках амбулаторно-поликлинического отделения ЛПУ	
15.	Оказание неотложной помощи при: - гипертоническом кризе; - приступе стенокардии; - при инфаркте миокарда; - острой сосудистой недостаточности; - обморок; - коллапс; - шок - при приступе бронхиальной астмы; - при внутренних кровотечениях	
16.	Присутствие при патологоанатомических исследованиях	
17.	Участие в работе научно-практических конференций	
18.	Санитарно-просветительская работа	

Студент, полностью выполнивший программу учебной практики, сдает дневник профессиональной практики, который завершается краткой характеристикой студента с оценкой за практику. Данный раздел подписывает заведующий отделением и заверяет заместитель главного врача по работе с медицинским персоналом управления ЛПУ.

**Характеристика студента по итогам прохождения производственной практики:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Оценка \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_  
Подпись и печать \_\_\_\_\_

**11.3. Методические рекомендации преподавателям по эффективным средствам, методам и технологиям обучения дисциплине**

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 работ.

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 комиссии на кафедре, курирующей данный раздел практики, в августе месяце. 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.

#### **11.4. Методические указания по организации самостоятельной работы студентов и проведению промежуточной аттестации**

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 заведующий поликлиническим отделением составляет характеристику студента.

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, умения, 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 должен 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 подачи 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.

## **12. Учебно-методическое и информационное обеспечение производственной практики**

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

1. Кобалава Ж. Д. Основы внутренней медицины / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев; под. ред. В. С. Моисеева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-2772-9 // ЭБС "Консультант студента". - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html> (дата обращения: 01.02.2021). - Режим доступа: для авториз. пользователей.
2. Сторожаков Г. И. Поликлиническая терапия: учебник / Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2501-5 // ЭБС "Консультант студента". - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425015.html> (дата обращения: 01.02.2021). - Режим доступа: для авторизир. пользователей.
3. Викторова И. А. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике : учеб. пособие / И. А. Викторова, И. А. Гришечкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3228-0 // ЭБС "Консультант студента". - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432280.html> (дата обращения: 01.02.2021). - Режим доступа: для авторизир. пользователей.

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

1. Кобыляну Г. Н. Основные симптомы и синдромы в общей врачебной практике. Диагностика и лечение: учеб. пособие / Г. Н. Кобыляну, В. И. Кузнецов, Н. В. Стуров. - Москва: издательство РУДН, 2011. - 219 с. - ISBN 978-5-209-03471-1 // ЭБС "Консультант студента". - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785209034711.html> (дата обращения: 01.02.2021). - Режим доступа: для авторизир. пользователей.
- 2.

### **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](http://www.who.int/drugresistance/whonetsoftware)).

**г) ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:**  
rospotrebnadzor.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-medicum.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 здоровья выбор места прохождения практики согласуется с требованием их доступности для

данного обучающегося и предусмотрена возможность приема-передачи обмена информацией в доступных для него формах.

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