

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

Рабочая программа практики
Б2.О.11 Производственная практика общего врачебного профиля

для обучающихся 6 курса,

направление подготовки (специальность)
31.05.01 Лечебное дело,

форма обучения
очная

Трудоемкость, зачетные единицы/часы	6 з.е. / 216 ч.
в том числе:	
контактная работа	72 ч.
самостоятельная работа	144 ч.
Промежуточная аттестация, форма/семестр	Зачет с оценкой / XII семестр

Тверь, 2026

Разработчики: заведующий кафедрой госпитальной терапии и профессиональных болезней д.м.н., профессор Мазур Евгений Станиславович, доцент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней, к.м.н. Орлов Юрий Александрович, доцент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней, к.м.н. Бельдиев Сергей Николаевич

Внешняя рецензия дана главным врачом «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (ГБУЗ «ОКЛРЦ») А.Л. Старцевым.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней
«29» мая 2026 г. (протокол №5)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании профильного методического совета
«5» июня 2026 г. (протокол № 6)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета
«27» августа 2026 г. (протокол № 1)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа практики разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 г. №988, с учетом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Вид и тип практики

- 1) Вид практики — производственная.
- 2) Тип практики — клиническая практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.
- 3) Способ проведения практики — стационарная.
- 4) Тип проведения практики — рассредоточенная.

2. Цель и задачи практики

Целью освоения производственной практики общеврачебного профиля является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для осуществления профессиональной деятельности в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами практики являются:

- 1) совершенствование навыков работы с пациентами;
- 2) совершенствование навыков диагностики болезней внутренних органов на основе физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов исследований;
- 3) формирование и совершенствование навыков лечения терапевтической патологии;
- 4) совершенствование навыков диагностики и лечения неотложных состояний в терапии;
- 5) совершенствование навыков проведения реабилитационных мероприятий.

3. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

В результате прохождения практики у обучающегося формируются общекультурные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции для успешной профессиональной деятельности:

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения –Индикаторы достижения компетенций	В результате изучения дисциплины студент должен:
ПК-2 Способен к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний на основании сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования с целью установления диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией	ИПК-2.1 Анализирует информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием	Знать: - методику осмотра и физикального обследования пациента; Уметь: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей), выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; Владеть навыками: - сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента;
	ИПК-2.2 Интерпретирует результаты физикального обследования пациентов различных возрастных групп (пальпация, перкуссия, аускультация)	Знать: - методику осмотра и физикального обследования пациента Уметь: - применять методы осмотра и физикального обследования пациентов

болезней и проблем, связанных со здоровьем.		и интерпретировать их результаты - выявлять факторы риска онкологических заболеваний Владеть навыками: - проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	ИПК-2.3 Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента	Знать: - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов Уметь: - формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи - интерпретировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования, а также консультаций пациентов врачами-специалистами Владеть навыками: - формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
	ИПК-2.4 Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	Знать: - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов Уметь: - направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, а также на консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов

		медицинской помощи Владеть навыками: - направления пациента на лабораторные, инструментальные обследования и консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	ИПК-2.5 Проводит дифференциальную диагностику больных, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней	Знать: - методы дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Уметь: - проводить дифференциальную диагностику заболеваний Владеть навыками: - проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными - установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
ПК-3. Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной	ИПК-3.1 Составлять план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с	Знать: - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с

медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом.	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; порядок оказания паллиативной медицинской помощи Уметь: - составлять план лечения заболевания пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Владеть навыками: - составления плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; - оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
	ИПК-3.2 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Уметь: - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской

		помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Владеть навыками: - назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; - оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками - организации персонализированного лечения пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения
	ИПК-3.3 Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: - современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением; Уметь: - назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)

		по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Владеть навыками: - назначения немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;
	ИПК-3.4 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания	Знать: - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением Уметь: - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания Владеть навыками: - оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

4. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная практика общеврачебного профиля входит в Обязательную часть Блока 2 ОПОП специалитета.

Уровень подготовки, необходимый для успешного освоения программы по производственной практике общеврачебного профиля, включает в себя следующие знания и навыки, полученные на предыдущих этапах обучения:

1) Пропедевтика внутренних болезней.

Разделы: физикальное, лабораторные и инструментальные методы исследования больного, синдромология и нозология болезней.

2) Факультетская терапия.

Разделы: болезни внутренних органов (этиология, патогенез, типичная клиническая картина, методы диагностики и принципы лечения, реабилитации и профилактики).

3) Госпитальная терапия.

Разделы: болезни внутренних органов (дифференциальная диагностика и лечение).

4) Медицинская коммуникация.

5) Производственная практика диагностического профиля.

6) Производственная практика по неотложным медицинским манипуляциям.

7) Производственная практика терапевтического профиля.

5. Объём практики составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 72 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 144 часа самостоятельной работы обучающихся.

6. Образовательные технологии

В процессе преподавания дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

- 1) разборы клинических случаев (РКС);
- 2) тренинг мануальных навыков (МН);
- 3) решение ситуационных задач (ЗС);
- 4) курация больных с написанием кураторского листа (КЛ);
- 5) участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК).

7. Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой в 12 семестре.

II. Учебная программа практики

Продолжительность практики — 24 рабочих дня, проводится в терапевтических отделениях, расположенных на базе ГБУЗ ОКБ, ГБУЗ ГКБ БСМП, ГБУЗ ГКБ №6, ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери, терапевтическом отделении ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина», г. Тверь.

1. Содержание практики:

Рабочий день студента составляет 3 академических часа в день, осуществляется в режиме лечебного учреждения и включает в себя работу в качестве помощника врача отделения терапевтического профиля. Каждый из обучающихся обеспечивается рабочим местом и закрепляется за одним из врачей отделения. Совместно с врачом отделения обучающийся делает принимает вновь поступивших больных, собирает жалобы и анамнез, проводит осмотр, составляет план дополнительных лабораторных и инструментальных исследований, назначает лечение и оформляет медицинскую документацию.

На обучающихся полностью распространяются правила внутреннего трудового распорядка и дисциплины, установленные для работников данного лечебного учреждения.

Во время практики, обучающиеся заполняют дневник, в котором ежедневно отражаются характер и объем работы, конкретные практические навыки и степень их освоения. Дневник является документом, на основании которого оценивается работа обучающегося и выполнение им программы производственной практики.

В дневнике оформляются не менее 3-х кураторских листов. Больные для курации отбираются руководителем практики. Кураторский лист оформляется в соответствии с методическими рекомендациями для студентов (см. Приложение № 2). Дневник предоставляется на проверку не менее чем за 7 дней до зачета. Проверка дневника проводится руководителем практики.

Обязательным компонентом производственной практики является проведение не менее 3-х санитарно-просветительских бесед с пациентами и выполнение учебно-исследовательской работы в виде литературного обзора по диагностике и лечению болезней внутренних органов или клинического разбора. Обзор литературы и клинический разбор предоставляются на проверку не менее чем за 7 дней до зачета.

2. Учебно-тематический план

Номера разделов практики	Наименование разделов практики	Контактная работа обучающихся с преподавателем, часов	Самостоятельная работа, часов	Всего часов

1.	Работа помощником врача отделения терапевтического профиля	48	70	118
2.	Работа с медицинской документацией	20	50	70
3.	Санитарно-просветительская работа	4	4	8
4.	УИРС		20	20
	ИТОГО:	72	144	216

3. Формы отчётности по практике

- 1) характеристика студента (составляется руководителем структурного подразделения лечебного учреждения)
- 2) дневник по практике с приложением в виде цифрового отчета
- 3) портфолио:
 - a. справка о проведенных санитарно-просветительских беседах
 - b. УИРС (обзор литературы по нозологии у курируемых больных или клинический разбор)

III. Фонд оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации

Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

А. Перечень навыков клинической работы (работа в качестве помощника врача отделения терапевтического профиля, написание кураторского листа):

ПК-2:

- 1) сбор жалоб и анамнеза;
- 2) осмотр пациента;
- 3) составление плана обследования;
- 4) интерпретация результатов лабораторных и инструментальных исследований;
 1. интерпретация клинического анализа крови
 2. интерпретация биохимического анализа крови при кардиологической, пульмонологической, гастроэнтерологической, нефрологической, ревматологической патологии
 3. интерпретация электрокардиограммы
 4. интерпретация коагулограммы
 5. интерпретация тропонинового теста
 6. интерпретация анализа крови на мозговой натрийуретический пептид
 7. интерпретация результатов общего анализа мочи, анализа мочи на суточную протеинурию, анализа мочи по Зимницкому
 8. интерпретация копрограммы
 9. интерпретация протокола ультразвукового исследования сердца, органов брюшной полости, почек
 10. интерпретация результатов чреспищеводного ультразвукового исследования сердца
 11. интерпретация протокола коронароангиографии
 12. интерпретация протокола компьютерной томографии органов грудной клетки
 13. интерпретация рентгенологических исследований при кардиологической, пульмонологической, гастроэнтерологической, нефрологической, ревматологической патологии
 14. интерпретация результатов холтеровского мониторинга
 15. интерпретация результатов суточного мониторинга артериального давления
 16. интерпретация результатов электрофизиологического исследования

17. интерпретация результатов нагрузочных тестов
 18. интерпретация результатов ЭГДС, колоноскопии
 19. интерпретация результатов спирометрии, в т.ч. в сочетании с пробой с бронхолитиком
- 5) оформление и обоснование клинического диагноза;

ПК-3:

- 1) назначение лечения, соответствующего клиническому диагнозу;
- 2) оценка эффективности назначенного лечения;
- 3) составление плана реабилитационных мероприятий.

Критерии оценки навыков клинической работы:

- 1) Отлично — жалобы больного собраны и детализированы, анамнез болезни полный и последовательный, правильно проведен осмотр, его результаты корректно изложены в соответствующих разделах истории болезни, обоснованы все этапы лечебно-диагностического процесса: предварительный диагноз (на основании жалоб, анамнеза и результатов объективного исследования), выполненные исследования, клинический диагноз и проводимое лечение.
- 2) Хорошо — выполнен предыдущий критерий, но значительная часть представленной в истории болезни информации не имеет отношения к обоснованию диагноза и проводимого лечения.
- 3) Удовлетворительно — дано неполное или неверное обоснование некоторых из этапов лечебно-диагностического процесса.
- 4) Неудовлетворительно — обоснование этапов лечебно-диагностического процесса представлено фрагментарно или полностью отсутствует.

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости студентами рабочих мест в отделениях медицинской организации и контроль правильности формирования компетенций. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой и проходит в несколько этапов. К зачету допускаются обучающиеся, у которых отсутствует академическая задолженность и своевременно предоставлена отчетная документация — дневник с приложением в виде цифрового отчета, УИРС в виде обзора литературы или клинического разбора, справка о проведении санитарно-просветительской работы, а также предоставленная руководителем структурного подразделения лечебного учреждения характеристика на обучающегося.

Первый этап зачета проводится по расписанию в виде решения заданий в тестовой форме (**оценка сформированности компетенций ПК-2 и ПК-3 на уровне «Знать»**), допускающих один или более верных вариантов ответа. Для решения предлагается 50 заданий в тестовой форме по изученным темам, время работы 50 минут. Первый этап зачета оценивается по двухбалльной системе: «зачтено» или «не зачтено». Оценка «зачтено» выставляется, если правильно решено более 70% заданий. В противном случае выставляется оценка «не зачтено». Обучающиеся, получившие оценку «зачтено», допускаются к сдаче второго этапа зачета. Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к следующему этапу зачета не допускаются и подлежат повторной аттестации.

Второй этап зачета (**оценка сформированности компетенций ПК-2 и ПК-3 на уровне «Уметь» и «Владеть»**) проводится при условии прохождения первого этапа и призван оценить практические навыки интерпретации результатов клинических, инструментальных, лабораторных исследований, навыки формулировки клинического диагноза и назначения, соответствующего диагнозу лечения.

Обучающийся выбирает билет, в котором указаны номера двух ситуационных задач. Время,

отведенное на решение задач, составляет 30 минут. При правильном ответе на 90% и более вопросов к задачам выставляется оценка «отлично», при правильном ответе на 80-89% — оценка «хорошо», при правильном ответе на 70-79% — оценка удовлетворительно, при правильном ответе менее чем на 70% вопросов — оценка «неудовлетворительно».

Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций по итогам освоения дисциплины для каждой формируемой компетенции создается в соответствии с образцом, приведенным в Приложении № 1.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения практики:

а. Основная литература

Внутренние болезни : учебник / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко, В. А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017.- 764 с. - Текст: непосредственный

б. Дополнительная литература:

- 1) Артериальная гипертензия : учебное пособие / Е.С. Мазур, О.Б. Поселюгина, Тверской гос. мед. ун-т. - Тверь [б. и.], 2018. - 28 с. - Текст: электронный
- 2) Инфаркт миокарда : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур, Ю.А. Орлов. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 36 с. - Текст: электронный
- 3) Стенокардия : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 28 с. - Текст: электронный
- 4) Хроническая сердечная недостаточность : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 26 с. - Текст: электронный
- 5) Тромбоэмболия легочной артерии : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 26 с. - Текст: электронный
- 6) Острая сердечная недостаточность : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, Ю.А. Орлов, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 33 с. - Текст: электронный
- 7) Фибрилляция предсердий : учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2018. - 35 с. - Текст: электронный

2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по практике

- 1) Ситуационные задачи для аудиторных занятий по госпитальной терапии : Задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования по специальности «Лечебное дело» / Е. С. Мазур, И. Ю. Колесникова, О. Б. Поселюгина, В. В. Мазур, Ю. А. Орлов, Н. Д. Баженов, А. И. Ковешников, Н. С. Кузнецова, А. С. Новикова, Л. С. Жухоров. Тверской государственный медицинский университет. - Тверь, 2022. – 441 с. - Текст: непосредственный

3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения практики

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- 1) Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;
- 2) Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
- 3) Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed));

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по практике, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

4.1 Перечень лицензионного программного обеспечения:

- 1) Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
 - Publisher 2016;
 - OneNote 2016.
- 2) Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
- 3) Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro
- 4) Электронная образовательная система университета

4.2 Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

- 1) Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);

5. Методические указания для обучающихся по прохождению практики

Приложение № 4

VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по практике

Приложение № 2

VII. Учебно-исследовательская работа студента

Учебно-исследовательская работа обучающегося при освоении практики «общеврачебного профиля» осуществляется по двум направлениям: обзор литературы (подготовка реферата) и разбор клинического случая. Тема обзора литературы выбирается в соответствии с профилем практики, обязательно согласуется с курирующим преподавателем и может представлять собой углубленный анализ тем, изучаемых на занятиях, или посвящаться редкой кардиологической патологии.

При подготовке обзора обучающийся должен провести анализ современной литературы, посвященной изучаемой теме, систематизировать полученные данные и подготовить реферат. В структуре реферата необходимо четко выделить разделы: актуальность, раздел с изложением данных проанализированной литературы, заключение и список использованной литературы (в том числе электронные ресурсы).

Для подготовки разбора клинического случая обучающемуся дается один больной с редкой или особенностями течения частой патологии. Правила оформления представлены в Приложении № 2.

VIII. Профилактическая работа студента. Создание портфолио.

В течение учебного года перед практикой студенту необходимо проводить активную

деятельность по формированию здорового образа жизни населения, которая будет засчитана ему в счет практики. Результаты этой работы каждый студент в течение всего периода обучения в университете заносит в свое портфолио.

В портфолио указываются какую именно деятельность студент осуществлял по формированию здорового образа жизни среди населения в виде следующих вариантов:

- 1) оформление санбюллетеней с указанием информации о том где находится этот санбюллетень + фото (можно черно-белое на листе бумаги формата А4) с подписью и печатью старшей медсестры отделения, в котором висит этот плакат;
- 2) электронные санбюллетени, размещаемые в социальных сетях;
- 3) проведение лекции с указанием где, когда проведена лекция, сколько человек присутствовало, распечатанным текстом лекции с подписью и печатью старшей медсестры отделения,
- 4) проведение беседы с указанием где, когда проведена беседа, сколько человек присутствовало, распечатанным текстом с ФИО и подписями пациентов, подписью и печатью старшей медсестры отделения,
- 5) оформление памятки для пациентов в печатном виде с подписью и печатью старшей медсестры отделения,
- 6) видеофильм профилактической направленности;

Портфолио может содержать не только информацию о проведении просветительской работы во время практики, но и вне ее

- 1) участие в работе студенческого отряда Милосердие,
- 2) участие в проекте Наркобезопасность,
- 3) волонтерская деятельность по формированию здорового образа жизни – проект Мобильное здравоохранение в торговых центрах;
- 4) участие в работе летних спортивных, оздоровительных лагерей для сопровождения групп на выезде в качестве медицинской бригады.

IX. Сведения об обновлении рабочей программы практики

Представлены в Приложении № 3

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций
по итогам освоения практики
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ОБЩЕВРАЧЕБНОГО ПРОФИЛЯ**

ПК-2. Способен к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний на основании сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования с целью установления диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ИПК-2.1. Анализирует информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием.

ИПК-2.2. Интерпретирует результаты физикального обследования пациентов различных возрастных групп (пальпация, перкуссия, аускультация).

ИПК-2.3. Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента

ИПК-2.4. Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

ИПК-2.5. Проводит дифференциальную диагностику больных, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней.

**Задания комбинированного типа с выбором верного ответа
и обоснованием выбора из предложенных**

Выберите один правильный ответ

Задание 1

Об умеренном сердечно-сосудистом риске свидетельствует индекс коронарного кальция

- 1) 0
- 2) 1-10
- 3) 11-100
- 4) 101-400
- 5) >400

Ответ: 1-10.

Обоснование правильного ответа:

Индекс коронарного кальция 0 указывает на низкий, 1-10 – на умеренный, 11 и более – на высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск. См.: Клинические рекомендации «Нарушения липидного обмена». Год утверждения 2023. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/752_1.

Задание 2

В шкале HAS-BLED в число факторов риска кровотечений входит

- 1) атеросклероз периферических артерий нижних конечностей
- 2) инфаркт миокарда в анамнезе
- 3) нарушение функции почек
- 4) сахарный диабет
- 5) хроническая сердечная недостаточность

Ответ: нарушение функции почек.

Обоснование правильного ответа:

Один из факторов риска кровотечений в шкале HAS-BLED – нарушение функции почек. Остальные четыре состояния – это факторы риска инсульта и системных эмболий в шкале CHA₂DS₂-VASc. См.: Клинические рекомендации «Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых». Год утверждения 2020. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/382_1.

Задание 3

Характерной особенностью вирусной пневмонии является

- 1) быстрое начало
- 2) долевая альвеолярная инфильтрация на рентгенограмме легких
- 3) лейкоциты в анализе крови при поступлении $>15 \times 10^9/\text{л}$
- 4) прокальцитонин сыворотки при поступлении $>1 \text{ мкг/л}$
- 5) С-реактивный белок при поступлении $<20 \text{ мг/л}$

Ответ: С-реактивный белок при поступлении $<20 \text{ мг/л}$.

Обоснование правильного ответа:

С-реактивный белок $<20 \text{ мг/л}$ при поступлении в стационар характерен для вирусной пневмонии. Остальные четыре особенности характерны для бактериальной пневмонии. См.: Клинические рекомендации «Вирусные пневмонии». Год утверждения 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/838_1.

Задания закрытого типа на установление соответствия**Задание 1**

Соотнесите величину зубцов ЭКГ (левый столбец) с заключением (правый столбец). К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Пол (М/Ж) возраст: величина зубцов в отведениях ЭКГ, мм		Заключение	
1	М 45: RaVL 10, SV ₃ 15, SV ₁ 15, RV ₅ 15, RV ₆ 13	а	На ЭКГ есть вольтажные признаки гипертрофии левого желудочка
2	М 55: RaVL 10, SV ₃ 15, SV ₁ 20, RV ₅ 20, RV ₆ 18		
3	М 65: RaVL 12, SV ₃ 15, SV ₁ 15, RV ₅ 15, RV ₆ 15		
4	Ж 45: RaVL 8, SV ₃ 16, SV ₁ 15, RV ₅ 15, RV ₆ 13	б	На ЭКГ нет вольтажных признаков гипертрофии левого желудочка
5	Ж 55: RaVL 12, SV ₃ 12, SV ₁ 13, RV ₅ 17, RV ₆ 19		
6	Ж 65: RaVL 8, SV ₃ 10, SV ₁ 12, RV ₅ 15, RV ₆ 14		

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4	5	6

Задание 2

Соотнесите состояния (левый столбец) с риском развития сердечно-сосудистых осложнений (правый столбец). К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Состояния		Риск ССО	
1	атеросклероз сонных артерий (стеноз(-ы) $>25\text{--}49\%$)	а	умеренный
2	ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК		
3	инфаркт миокарда с ЧКВ в анамнезе (5 лет назад)	б	высокий
4	наличие 2 и более сердечно-сосудистых осложнений в течение 2 лет, несмотря на прием статина+эзетимиба и достигнутый уровень ХС ЛНП $<1,4 \text{ ммоль/л}$		
5	общий ХС $>8 \text{ ммоль/л}$ и/или ХС ЛНП $>4,9 \text{ ммоль/л}$	в	очень высокий
6	СД 2 типа у пациентов моложе 50 лет с длительностью СД <10 лет без ПОМ и ФР		

7	ХБП с СКФ <30 мл/мин/1,73 м ²	г	экстремальный
8	ХБП с СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м ²		

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4	5	6	7	8

Задание 3

Соотнесите симптомы и признаки (левый столбец) с наиболее вероятной причиной вторичной артериальной гипертензии (правый столбец). К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца:

Симптомы и признаки		Наиболее вероятная причина	
1	лабильное АД; эпизоды повышения АД сопровождаются головной болью, потливостью, сердцебиением и побледнением кожных покровов	а	атеросклероз почечных артерий
2	лунообразное лицо, центральное ожирение, атрофия кожи, стрии, сахарный диабет	б	коарктация аорты
3	разница АД ($\geq 20/10$ мм рт. ст.) между правой и левой рукой; систолический шум в межлопаточной области у молодого мужчины	в	первичный альдостеронизм
4	рецидивирующий отек легких и шум в проекции почечных артерий у пожилого мужчины с длительным стажем курения	г	синдром Кушинга
5	спонтанная или индуцированная диуретиками гипокалиемия	д	синдром обструктивного апноэ во время сна
6	храп; ожирение; сонливость днем	е	феохромоцитома
7	шум в проекции почечных артерий у молодой женщины	ж	фибромускулярная дисплазия почечных артерий

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4	5	6	7

Задания открытой формы

Дополните

- При выполнении теста с 6-минутной ходьбой пациент с II ФК ХСН способен пройти дистанцию от ____ до ____ метров.
- У пациентов с предполагаемым диагнозом ХСН на ее отсутствие указывает уровень NT-proBNP ниже ____ пг/мл.
- У пациентов с АГ и ожирением эхокардиографическим критерием гипертрофии левого желудочка считается индекс массы миокарда левого желудочка более ____ г/м^{2,7} для мужчин и более ____ г/м^{2,7} для женщин.

Контрольные вопросы и задания

(на примере темы «Перикардит»)

- Дайте определение перикардита.
- Какие три большие группы перикаритов содержит классификация?
- Перечислите причины перикардита.
- Как подразделяются перикариты по характеру выпота?

5. Что происходит с наполнением желудочков сердца при перикардите и
6. почему?
7. Что означает первичный перикардит?
8. Что означает вторичный перикардит?
9. Какие жалобы предъявляют больные экссудативным перикаритом?
10. Назовите отличия экссудата и транссудата.

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Какое патологическое состояние выявлено у пациентки?
2. При каком заболевании оно чаще всего встречается?

У молодой женщины в клиническом анализе крови RBC $3,72 \times 10^9/\text{л}$, HGB 92 г/л, HCT 0,269 л/л, MCV 72 фл, MCH 24,9 пг, MCHC 310 г/л.

Эталон ответа:

1. Анемия легкой степени, микроцитарная, гипохромная.
2. Железодефицитная анемия.

Задание 2

1. Рассчитайте Корнельский вольтажный индекс (Cornell voltage) и Корнельское произведение (Cornell product) пациента.
2. О чем свидетельствуют полученные значения?

У женщины среднего возраста с АГ 2 степени на ЭКГ выявлены $RaVL$ 8 мм, SV_3 11 мм, ширина комплекса QRS 100 мс.

Эталон ответа:

1. Корнельский вольтажный индекс: $RaVL + SV_3 = 19$ мм; Корнельское произведение ($RaVL + SV_3 + 6$ мм для женщин) $\times$ ширина QRS = 2500 мм $\times$ мс.
2. Корнельский вольтажный индекс в пределах нормы (не превышает 20 мм), однако Корнельское произведение >2440 мм $\times$ мс, что свидетельствует о гипертрофии левого желудочка.

Задание 3

1. Рассчитайте индекс фиброза-4 (FIB-4) пациента.
2. О чем свидетельствует полученная величина?

У мужчины 40 лет с неалкогольной жировой болезнью печени в анализах крови выявлены АЛТ 100 ед/л, АСТ 100 ед/л, тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$.

Эталон ответа:

1. $FIB-4 = (\text{возраст} \times \text{АСТ}) / (\text{тромбоциты} \times \sqrt{\text{АЛТ}}) = (40 \times 100) / (200 \times 10) = 2$.
2. Полученная величина $>1,3$, что свидетельствует о риске выраженного фиброза печени, но риск не является высоким, поскольку величина не превышает 3,25.

Ситуационные задачи

Задача 1.1.

Мужчина 34 лет предъявляет жалобы на ноющую боль в правой поясничной области, субфебрильную температура тела, жажду, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию.

Из анамнеза известно, что на протяжении 10 лет страдает нефролитиазом. После приступов почечной колики справа и слева с мочой неоднократно отходили мелкие конкременты. Последняя почечная колика слева около 1 года назад, в последующем незначительная тупая боль в левой поясничной области. 10 часов назад была почечная колика слева, купированная введением спазмоанальгетиков.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые,

обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы, ЧСС – 80 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца звучные, ритмичные. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Левая почка не пальпируется, справа пальпируется увеличенная слегка болезненная почка. Диурез 50 мл.

Клинический анализ крови гемоглобин.....140 г/л эритроциты..... $5,3 \times 10^{12}/л$ цветной показатель.....0,9 лейкоциты..... $6,0 \times 10^9/л$ базофилы.....1 % эозинофилы.....2 % нейтрофилы п-ядерные.....5 % нейтрофилы с-ядерные.....55 % лимфоциты.....28 % моноциты.....9 % тромбоциты..... $210 \times 10^9/л$ СОЭ.....36 мм/ч	Общий анализ мочи цвет.....бурый прозрачность.....мутная относительная плотность.....1008 реакция.....щелочная белок.....0,5 г/л эпителий плоский.....0–1 в поле зрения лейкоциты.....1–2 в поле зрения эритроциты.....25–30 в поле зрения бактерии.....нет
Биохимическое исследование крови креатинин.....280 мкмоль/л мочевина.....9,5 ммоль/л калий.....4,3 ммоль/л натрий.....134 ммоль/л общий белок.....65 г/л глюкоза.....4,2 ммоль/л	Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам Микрофлора не обнаружена
Суточная протеинурия 1,5 г/сутки	Исследование крови на анти-БМК менее 20 Ед/мл
УЗИ почек. Почки расположены обычно, в размерах не изменены. Размеры правой почки 120×60 мм, левой 120×60 мм. Границы почек четкие, ровные. Эхогенность паренхимы обеих почек понижена, эхоструктура мелкозернистая, толщина от 14 мм до 17 мм. Центральный эхокомплекс умеренно деформирован. В полостях правой и левой почек визуализируются отдельные увеличенные до 11 мм чашечки. Лоханки эктазированы (передне-задний размер внутривнутрипочечного отдела лоханки 25 мм), в проекции ее визуализируются конкременты размерами справа около 24 мм, слева до 30 мм, дающие после себя акустическую тень. Мочеточник не дифференцируется	

Задание

1. На основании клинических данных сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты дополнительных исследований, укажите, какие из них необходимы для обоснования и уточнения предполагаемого диагноза.
3. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: Хронический двусторонний пиелонефрит на фоне мочекаменной болезни, активная фаза. Почечная колика слева. ОПП, стадия анурии.

Диагноз поставлен на основании сочетания симптомов, характерных для пиелонефрита: жалоб на ноющую боль в правой поясничной области, субфебрильную температуру тела, жажду, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию, анамнеза – неоднократные почечные колики с самопроизвольным отхождением конкрементов, объективных данных – пальпируется левая увеличенная, слегка болезненная почка. Диурез 50 мл.

2. Отсутствие лейкоцитоза и п/я сдвига в анализе крови свидетельствуют о неактивной фазе пиелонефрита.

Протеинурия, микрогематурия, мутная бурая моча, подтверждают наличие почечной колики. Отсутствие лейкоцитурии, бактериурии свидетельствуют о неактивной фазе пиелонефрита.

Повышение креатинина и мочевины крови свидетельствует о наличии ОПП.

Отсутствие микрофлоры свидетельствует о неактивной фазе пиелонефрита.

Протеинурия имеет патологический характер, характерна для почечной колики.

Для диагностики пиелонефрита, почечной колики исследование крови на анти-БМК не информативно.

Диффузные изменения в паренхиме почек, двухсторонняя пиелозктазия. Конкременты лоханок обеих почек. Указанные изменения подтверждают диагноз мочекаменной болезни.

3. Клинический диагноз: Почечная колика слева. Конкременты лоханок обеих почек с нарушением оттока мочи. Острое постренальное почечное повреждение, стадия анурии. Хронический двусторонний пиелонефрит, неактивная фаза.

Диагноз поставлен на основании сочетания симптомов, характерных для пиелонефрита: жалоб на ноющую боль в правой поясничной области, субфебрильную температура тела, жажду, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию, анамнеза – неоднократные почечные колики с самопроизвольным отхождением конкрементов, объективных данных – пальпируется правая увеличенная, слегка болезненная почка. Диурез 50 мл, лабораторных данных – протеинурия, микрогематурия, мутная бурая моча, в крови повышение креатинина и мочевины крови; по УЗИ – диффузные изменения в паренхиме почек, двусторонняя пиелозктазия. Конкременты лоханок обеих почек.

ПК-3. Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом.

ИПК-3.1. Составляет план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

ИПК-3.2. Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

ИПК-3.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

ИПК-3.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания.

Задания комбинированного типа с выбором верного ответа и обоснованием выбора из предложенных

Выберите один правильный ответ

Задание 1

Больным ХСН со сниженной ФВ ЛЖ для уменьшения риска госпитализации из-за ХСН и смерти рекомендуется назначить

- 1) атенолол
- 2) бетаксолол
- 3) карведилол
- 4) пропранолол
- 5) соталол

Ответ: карведилол.

Обоснование правильного ответа:

Из пяти перечисленных бета-адреноблокаторов только карведилол включен в список рекомендованных для лечения больных ХСН со сниженной ФВ ЛЖ. См.: Клинические рекомендации «Хроническая сердечная недостаточность». Год утверждения 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/156_2.

Задание 2

Для базисной терапии и купирования симптомов бронхиальной астмы рекомендуется комбинированный препарат, содержащий ИГКС плюс

- 1) вилантерол
- 2) индакатерол
- 3) сальбутамол
- 4) фенотерол
- 5) формотерол

Ответ: формотерол.

Обоснование правильного ответа:

Длительнодействующий бета-2-агонист (ДДБА) формотерол в комбинации с ИГКС рекомендован и для базисной терапии, и для купирования симптомов бронхиальной астмы. ДДБА вилантерол и индакатерол в комбинации ИГКС рекомендованы только для базисной терапии. Короткодействующие бета-2-агонисты сальбутамол и фенотерол рекомендованы только для купирования симптомов. См.: Клинические рекомендации «Бронхиальная астма». Год утверждения 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/359_3.

Задания закрытого типа на установление соответствия

Задание 1

Соотнесите гиполипидемический препарат (левый столбец) с механизмом его действия (правый столбец). К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите позицию из правого столбца:

Гиполипидемический препарат		Механизм действия	
1	алирокумаб	а	ингибитор абсорбции холестерина
2	аторвастатин	б	ингибитор PCSK9
3	бемпедоевая кислота	в	ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы
4	инклизуман	г	ингибитор АТФ-цитратлиазы
5	эзетимиб	д	ми-РНК, блокирующая синтез PCSK9

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4	5

Задание 2

Соотнесите антитромботический препарат (левый столбец) с механизмом его действия (правый столбец). К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите позицию из правого столбца:

Препарат		Механизм действия	
1	апиксабан	а	антагонист витамина К
2	ацетилсалициловая кислота	б	ингибитор P2Y ₁₂ -рецептора тромбоцитов

3	варфарин	в	ингибитор ЦОГ-1
4	дабигатран	г	прямой ингибитор тромбина
5	тикагрелор	д	прямой ингибитор фактора Ха

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4	5

Задание 3

Соотнесите базисный противовоспалительный препарат для лечения больных ревматоидным артритом (левый столбец) с группой, к которой препарат принадлежит (правый столбец). К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите позицию из правого столбца:

Препарат		Группа	
1	адалimumаб	а	антагонисты фолиевой кислоты
2	анакинра	б	анти-CD20 моноклональные антитела
3	левилимаб	в	ингибиторы интерлейкина 1
4	метотрексат	г	ингибиторы интерлейкина 6
5	ритуксимаб	д	ингибиторы фактора некроза опухоли альфа
6	упадацитиниб	е	ингибиторы янус-киназ

Запишите выбранные буквы под соответствующими цифрами

1	2	3	4	5	6

Задания открытой формы

Дополните

1. Больным ХСН со сниженной ФВ ЛЖ карведилол рекомендуется назначать в стартовой дозе _____ мг _____ раз(а) в день.
2. У больных ХСН со сниженной ФВ ЛЖ рекомендуемая целевая доза карведилола составляет _____ мг _____ раз(а) в день.
3. Четырехкомпонентная терапия инфекции *H.pylori* включает ингибитор протонного насоса в стандартной дозе 2 раза в сутки (р/сут), висмута трикалия дицитрат в дозе _____ мг _____ р/сут, тетрациклин в дозе _____ мг _____ р/сут и метронидазол в дозе _____ мг _____ р/сут в течение _____ дней.

Контрольные вопросы и задания

(на примере темы «Перикардит»)

1. Что включает немедикаментозное лечение перикардитов?
2. Назовите лекарственные препараты 1-й линии лечения перикардитов.
3. Назовите лекарственные препараты 2-й линии лечения перикардита.
4. Как длительно применяют колхицин в лечении острого перикардита?
5. Когда при перикардите назначают глюкокортикостероиды?
6. Когда и как оценивают эффект лечения при перикардите?
7. Какое лечение получают больные при туберкулезном перикардите?
8. При каком перикардите нельзя назначать глюкокортикостероиды?
9. Какое лечение получают больные бактериальным и гнойным перикардитом?
10. Какое хирургическое лечение проводят больным с констриктивным перикардитом?

Практико-ориентированные задания

Задание 1

1. Рассчитайте клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Голта.
2. О чем свидетельствует полученная величина?

Мужчина 60 лет с массой тела 100 кг получает по поводу пароксизмальной фибрилляции предсердий ривароксабан в дозе 15 мг/сут. В анализе крови креатинин 150 мкмоль/л, СКФ по формуле CKD-EPI 41 мл/мин/1,73 м².

Эталон ответа:

1. Клиренс креатинина = $[(140 - \text{возраст}) \times \text{масса тела} \times 1,23 \text{ для мужчин}] / \text{креатинин} = [(140 - 60) \times 100 \times 1,23] / 150 = 66 \text{ мл/мин}$.
2. Полученная величина свидетельствует о необходимости перехода на стандартную дозу ривароксабана (20 мг/сут), поскольку сниженная доза (15 мг/сут) используется при клиренсе креатина 15-49 мл/мин.

Задание 2

1. Определите сердечно-сосудистый риск и целевой уровень ХС ЛНП.
2. Какую гиполипидемическую терапию предпочтительно назначить пациенту, чтобы достичь целевого уровня ХС ЛНП?

Мужчина 60 лет со стабильной стенокардией напряжения II ФК и ХС ЛНП 4,0 ммоль/л.

Эталон ответа:

1. Риск очень высокий, целевой ХС ЛНП <1,4 ммоль/л.
2. Предпочтительно назначить комбинированную терапию аторвастатин 40-80 мг/сут (или розувастатин 20-40 мг/сут) + эзетимиб 10 мг/сут.

Задание 3

1. Какой препарат мог вызвать развитие побочного эффекта?
 2. На какие препараты его можно заменить с целью устранения побочного эффекта?
- У больного ХСН с умеренно сниженной ФВ ЛЖ, принимающего эналаприл, бисопролол, спиронолактон, дапаглифлозин и торасемид, появилась гинекомастия.

Эталон ответа:

1. Спиронолактон.
2. Валсартан+сакубитрил или антагонисты рецепторов ангиотензина II (кандесартан, валсартан или лозартан).

Ситуационные задачи

Задача 1.2.

На основе данных, представленных в задаче 1.2, мужчине 34 лет установлен клинический диагноз:

Почечная колика слева. Конкременты лоханок обеих почек с нарушением оттока мочи. Острое постренальное почечное повреждение, стадия анурии. Хронический двусторонний пиелонефрит, неактивная фаза.

Назначено лечение, на фоне которого купирована боль в правой поясничной области, нормализовалась температура тела, восстановлен диурез до 1,5 л.

В биохимическом анализе крови перед выпиской из стационара: креатинин 115 мкмоль/л, мочевины 7,0 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, натрий 133 ммоль/л.

Задание

1. Какое лечение было необходимо назначить больному?
2. Оцените эффективность лечения.
3. Составьте план реабилитации и диспансерного наблюдения.

Эталон ответа

1. Спазмолитики, анальгетики. При нарастании явлений почечной недостаточности, сохранении болевого синдрома показано оперативное вмешательство, направленное на восстановление пассажа мочи (литотрипсия, пиелолитотомия, либо эндоскопическое удаление конкремента).

2. Лечение эффективно. Купирована почечная колика, восстановлен диурез, нормализовалась функция почек.

3. Химический анализ удаленного конкремента позволит подобрать пациенту соответствующую диету. Избегать переохлаждений, достаточное потребление жидкости, вести подвижный образ жизни. Прием растительных уросептиков, напр., канефрон по 2 таблетки 3 раза в день, внутрь 2 недели. На протяжении трех месяцев избегать приема нефротоксичных препаратов. Через 3 месяца от момента заболевания необходимо проверить содержание креатинина и мочевины в сыворотке крови. Нормальные показатели будут свидетельствовать о выздоровлении от ОПП.

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы производственной практики
общего врачебного профиля

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Учебная комната №11 во вставке Университетской клиники	Стулья и парты на 16 человек, компьютер, широкоформатный монитор
2.	Учебная комната №12 во вставке Университетской клиники	Стулья и парты на 16 человек, компьютер, широкоформатный монитор
3.	Учебная комната №3-2 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
4.	Учебная комната №3-3 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
5.	Учебная комната №3-5 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
6.	Учебная комната №3-9 в 3-м общежитии ТГМУ	Стулья на 16 человек
7.	Учебная комната в поликлинике ГБУЗ «ОКБ» г. Твери	Стулья на 16 человек
8.	Учебная комната №211 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
9.	Учебная комната №210 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
10.	Учебная комната №511 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
11.	Учебная комната №512 в пансионате ГБУЗ «ОКБ»	Стулья на 16 человек
12.	Компьютерный класс ГБОУ ВО ТГМУ	45 компьютеров
13.	Учебный центр практических навыков ГБОУ ВО ТГМУ	

**Лист регистрации изменений и дополнений на _____ учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся _____ курса,

специальность: _____
(название специальности)

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на
заседании кафедры «_____» _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)
подпись

Содержание изменений и дополнений

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий

Методические указания для подготовки студентов к практическим занятиям**Методические рекомендации по оформлению дневника****Введение**

В первый день практики обучающимся даются краткие сведения о стационаре, где будет проходить их стажировка в качестве помощника врача с указанием конкретных сведений об отделениях — времени работы, ФИО заведующих и врачей отделений, расписание врачебных конференций и т. п.

Правила оформления дневника

Титульный лист дневника оформляется в соответствии с представленным ниже образцом, подписывается куратором практики и заверяется печатью учреждения.

ОБРАЗЕЦ**Титульный лист**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

ДНЕВНИК

по производственной практике

«ОБЩЕВРАЧЕБНОГО ПРОФИЛЯ»

Студента(ки) 6 курса _____ группы лечебного факультета

ФИО _____

Лечебная база _____

Отделение _____

Дата прохождения практики с «___» _____ 200__ г. по «___» _____ 200__ г.

Подпись куратора и печать учреждения

Продолжительность практики _____ дня.

В дневник по практике вносится информация о курируемых больных, которая оформляется в виде кураторских листов (образец см. ниже). За время прохождения практики должно быть оформлено не менее 3 кураторских листов. Записи в дневнике ежедневно подписывает куратор — врач или заведующий отделением, под контролем которого проходит практику обучающийся.

В приложении к дневнику, цифровом отчете, указывается общее количество осмотренных самостоятельно или совместно с куратором пациентов, отражаются все виды деятельности обучающегося за время прохождения практики (см. пример оформления ниже). Цифровой отчет подписывается куратором практики и заверяются печатью учреждения.

По окончании практики заведующий отделением дает обучающемуся характеристику, в которой указывает степень усвоения практических навыков.

Дневник по практике, цифровой отчет и характеристика заверяются подписью и печатью

руководителя ЛПУ.

Пример оформления цифрового отчета

ЦИФРОВОЙ ОТЧЕТ

производственной практики общеврачебного профиля

с _____ по _____

Студента _____ факультета _____ группы

ФИО _____

Больница _____

Отделение _____

Практические навыки	Видел	Принимал участие	Выполнил самостоятельно
	Количество		
Опрос пациента			
Физикальное обследование пациента			
Интерпретация клинического анализа крови			
Интерпретация биохимического анализа крови			
Интерпретация тропонинового теста			
Интерпретация анализа крови на мозговой натрийуретический пептид			
Интерпретация общего анализа мочи			
Интерпретация коагулограммы			
Интерпретация электрокардиограммы			
Интерпретация протокола ультразвукового исследования сердца			
Интерпретация результатов чреспищеводного ультразвукового исследования сердца			
Интерпретация протокола коронароангиографии			
Интерпретация протокола компьютерной томографии органов грудной клетки			
Интерпретация результатов холтеровского мониторирования			
Интерпретация результатов суточного мониторирования артериального давления			
Интерпретация результатов электрофизиологического исследования			
Интерпретация результатов нагрузочных тестов			

Пример оформления кураторского листа

Введение

Приступая к занятиям на кафедре госпитальной терапии, обучающийся должен иметь навык написания академической истории болезни, включающей в себя изложение жалоб пациента, истории заболевания и жизни, результатов объективного, лабораторного и инструментального обследования. Этот навык формируют клинические кафедры «средних» курсов: пропедевтики внутренних болезней, общей хирургии, факультетской терапии и хирургии. Задача кафедры госпитальной терапии — подготовить обучающегося к самостоятельной практической работе, что подразумевает наличие навыков клинического мышления, в частности, навыков обоснования диагноза, оценки эффективности и коррекции проводимого лечения. Поэтому кураторский лист на кафедре

госпитальной терапии представляет собой не аналог академической истории болезни, а развернутое обоснование клинического диагноза и его осложнений.

Содержание и оформление кураторского листа

Куратор: студент ... группы ...

Пациент: ... пол ... возраст ... лет

В целях предотвращения несанкционированного распространения конфиденциальной информации категорически запрещается указывать фамилию и имя пациента. Для идентификации пациента используются первые буквы его фамилии, имени и отчества. Так, Кузнецов Николай Иванович должен быть обозначен как КНИ.

Диагноз на момент курации

Основное заболевание: ...

Осложнения: ...

Сопутствующие заболевания: ...

Жалобы

В этом разделе описываются жалобы, которые связаны с основным заболеванием или его осложнениями. В случае плановой госпитализации указываются жалобы при поступлении в стационар, в случае экстренной госпитализации — жалобы при появлении острого заболевания. Каждую жалобу следует клинически интерпретировать. Анамнез указываются те детали анамнеза, которые подтверждают основной диагноз или его осложнения. Факторы риска указываются факторы риска основного заболевания. Объективные исследования указываются только те изменения, которые связаны с основным заболеванием или его осложнениями.

Результаты обследования

Приводятся результаты исследований, подтверждающих основной диагноз или его осложнения.

Дифференциальный диагноз

Указывается с какими заболеваниями и почему необходимо проводить дифференциальную диагностику. Если на момент курации такой необходимости нет, то указывается с какими заболеваниями и почему следовало проводить дифференциальную диагностику на момент поступления (при хроническом заболевании) или при появлении первых симптомов (при остром заболевании). В этих случаях следует привести результаты исследований, позволивших отклонить конкурирующие диагнозы.

Дополнительное обследование

Указываются исследования, которые необходимы для проведения дифференциальной диагностики, обоснования или уточнения основного диагноза, оценки прогноза. Для каждого планируемого исследования надо указать, с какой целью оно проводится и какие результаты ожидаются.

Проведенное лечение и его эффективность

При хроническом заболевании указывается лечение, которое проводилось с момента поступления, при остром — с момента его возникновения. Приводятся факты, свидетельствующие о эффективности или неэффективности терапии.

Планируемое лечение

Составляется план дальнейшего немедикаментозного, медикаментозного (с указанием конкретных препаратов и дозировок) и оперативного лечения (с указанием планируемого вмешательства).

ПРИМЕР

Пациент КНИ пол мужской возраст 65 лет
Основной диагноз: ИБС.
Стенокардия напряжения III ФК.

Жалобы

Госпитализирован с жалобами на загрудинные боли, которые возникают при ходьбе на дистанцию до 100 м и проходят через несколько минут после приема нитроглицерина. Это — типичная стенокардия напряжения, которая, с учетом пола и возраста пациента, скорее всего связана с ИБС, то есть со стенозирующим коронарным атеросклерозом. Уровень нагрузки, вызывающей приступ стенокардии, соответствует III ФК.

Анамнез

Приступы стенокардии беспокоят на протяжении года, резкого снижения толерантности к нагрузкам не отмечает, что указывает на стабильное течение заболевания.

Факторы риска

Мужской пол
Возраст более 55 лет
Гиперхолестеринемия: общий холестерин 6,2 ммоль/л
До появления приступов стенокардии курил на протяжении 45 лет.

Объективное исследование

Признаков основного заболевания нет.

Результаты обследования

Стресс-ЭхоКГ: при пороговой нагрузке 75 Вт появились загрудинные боли, депрессия ST до 2 мм в отведениях V3–V6 и нарушение локальной сократимости во всех апикальных сегментах левого желудочка. Это указывает на наличие транзиторной ишемии миокарда, соответствующей III ФК хронической коронарной недостаточности и свидетельствует о высоком риске летального исхода, что служит показанием к проведению КАГ.

КАГ: стеноз 85% средней трети ПМЖВ левой коронарной артерии.

Дифференциальный диагноз

На момент госпитализации существовала небольшая вероятность того, что стенокардия связана не с коронарным атеросклерозом, а с аортальным пороком или гипертрофической кардиомиопатией. Результаты ЭхоКГ исключили такую возможность, а результаты КАГ подтвердили наличие стенозирующего атеросклероза коронарных артерий.

Дополнительное обследование

Стресс-ЭхоКГ для оценки эффективности лечения. Ожидается, что признаков транзиторной ишемии не будет выявлено.

Проведенное лечение и его эффективность

Проведено стентирование ПМЖВ стентом с лекарственным покрытием. Отсутствие приступов стенокардии при бытовых нагрузках позволяет думать об эффективности лечения.

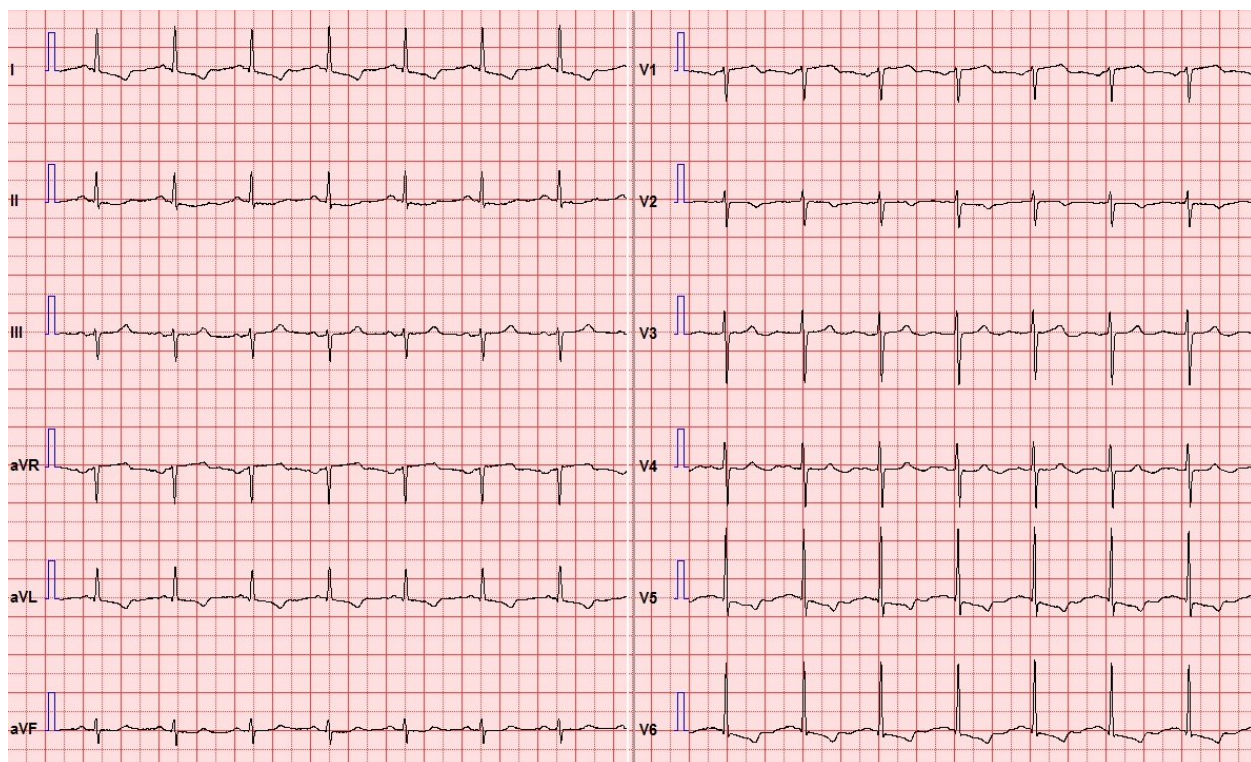
Планируемое лечение

1. Аспирин 100 мг 1 раз в день (пожизненно)
2. Клопидогрел 75 мг 1 раз в день (в течение года)
3. Розувастатин 40 мг 1 раз в день (пожизненно)
4. Пантопразол 40 мг 2 раза в день

Пример оформления клинического разбора

Мужчина 57 лет обратился к участковому терапевту, поскольку несколько дней назад при профилактическом медицинском осмотре у него было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Жалоб нет. Хронические заболевания и профессиональные вредности отрицает. Курит более 30 лет. Отец пациента умер от мозгового инсульта в возрасте 51 года. Рост 175 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны ясные, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, почки не пальпируются.

2



3

Общий анализ мочи

Цвет	соломенно-желтый
Прозрачность	прозрачная
Относительная плотность	1022
Реакция	кислая
Белок	нет
Эпителий плоский	0–1 в поле зрения
Лейкоциты	0–2 в поле зрения
Эритроциты	0–1 в поле зрения
Цилиндры	нет
Бактерии	нет

Биохимическое исследование крови

Креатинин	78 мкмоль/л,
Глюкоза	5,1 ммоль/л
Общий холестерин	5,0 ммоль/л
Холестерин ЛПНП	3,0 ммоль/л
Холестерин ЛПВП	1,2 ммоль/л
Триглицериды	1,7 ммоль/л

4.

Эхокардиографическое исследование

Аорта – диаметр 3,5 см. АК трехстворчатый, раскрытие 1,9 см, кровоток 1,5 м/с, регургитации нет.

ТМЖП 1,32 см, ТЗС 1,2 см, КДР 4,75 см, ИММЛЖ 126 г/м², ФВ 62 %. Диастолическая дисфункция 1 степени. МК не изменен, кровоток 0,8 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,7 см, объем 50 мл. Диаметр ЛА 2,1 см, СДЛА 26 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/сек, регургитация 1 степени. ПЖ 2,3 см. ТК не изменен, скорость кровотока 0,6 м/сек, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,5 см, объем 47 мл. НПВ на выдохе 1,7 см, на вдохе 0,5 см. Полость перикарда не изменена.

5

Суточное мониторирование АД

Средний уровень САД днем 152 мм рт. ст.
Средний уровень САД ночью 131 мм рт. ст.
Ночное снижение САД 14 %
Средний уровень ДАД днем 94 мм рт. ст.
Средний уровень ДАД ночью 83 мм рт. ст.
Ночное снижение ДАД 12 %

УЗИ почек

Почки расположены обычно, размеры правой почки 117×50 мм, левой 115×52 мм. Границы почек четкие, контуры ровные. Эхогенность паренхимы нормальная, толщина 18 мм, эхоструктура обычная. Расширения лоханок и чашечек не отмечается. Мочеточники не визуализируются. Эхопозитивных структур нет.

6. Диагноз и лечение

7

Через 4 недели жалоб нет, назначенные препараты принимает регулярно, продолжает курить. АД 150/90 мм рт. ст.

Рассмотрим, для примера, решение первой ситуационной задачи настоящего сборника, в которой сообщается, что мужчина 57 лет обратился к участковому терапевту, поскольку несколько дней назад при профилактическом медицинском осмотре у него было выявлено повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Жалоб не предъявляет, хронические заболевания и профессиональные вредности отрицает. Курит более 30 лет. Отец пациента умер от мозгового инсульта в возрасте 51 года. При объективном исследовании кожные покровы обычной окраски и влажности, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, акцент II тона на аорте. Ритм правильный, ЧСС 72 в 1 мин, АД 165/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, почки не пальпируются.

Анализ представленной информации позволяет сделать ряд диагностических выводов и принять ряд обоснованных решений. Во-первых, можно констатировать, что у пациента имеется АГ, поскольку при двух визитах к врачу было выявлено АД, превышающее 139/89 мм рт. ст. Во-вторых, повышение АД соответствует АГ 2-ой степени, поскольку систолическое АД находится в диапазоне 160–179 мм рт. ст. В-третьих, отмечается высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, поскольку имеется три фактора риска: возраст более 55 лет, курение и семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний. В-четвертых, можно полагать, что повышение АД является проявлением гипертонической болезни, поскольку нет скрининговых признаков симптоматической АГ. В-пятых, отсутствие данных о поражении органов-мишеней позволяет думать о гипертонической болезни I стадии.

Таким образом, представленная клиническая информация дает возможность сформулировать и обосновать следующий предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь I стадии, АГ 2-ой степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Для уточнения диагноза следует назначить ряд исследований, позволяющих оценить состояние сердца (ЭКГ, эхокардиография) и почек (общий анализ мочи, уровень креатинина в крови) и выявить такие факторы риска, как дислипидемия и гипергликемия.

Во второй части задачи представлена ЭКГ, позволяющая констатировать отсутствие нарушений сердечного ритма и проводимости и наличие качественных признаков гипертрофии левого желудочка (горизонтальное направление электрической оси сердца, нарастание амплитуды зубца R от V₄ к V₆,

косонисходящая депрессия ST и инверсия зубца Т в отведениях I, aVL, V₅, V₆). Гипертрофия левого желудочка при АГ рассматривается как поражение органа-мишени, что требует пересмотра предварительного диагноза: Гипертоническая болезнь **II стадии**, АГ 2-ой степени, высокий риск осложнений.

В третьей части задачи представлены результаты общего анализа мочи и биохимических исследований крови, в которых не выявлено отклонений от нормы. Это, во-первых, подтверждает предположение о гипертонической болезни (нет данных о поражении почек) и, во-вторых, исключает такие факторы риска как дислипидемия и гипергликемия.

Четвертая часть посвящена описанию результатов эхокардиографического исследования, которое подтвердило наличие гипертрофии левого желудочка и выявило гемодинамически незначимое нарушение его диастолической функции. Оценивая результаты данного исследования, стоит отметить, что оно не принесло принципиально новой диагностической информации.

То же самое можно сказать и о представленных в пятой части задачи результатах суточного мониторирования АД и УЗИ почек. Первое исследование подтвердило ранее выставленный диагноз АГ, второе — отсутствие почечной патологии. Таким образом, включение этих исследования в программу обследования можно считать необоснованным.

В шестой части задачи предлагается на основании ранее полученной информации сформулировать и обосновать клинический диагноз и, опираясь на него, назначить лечение. Обоснование диагноза должно выглядеть примерно так: **Гипертоническая болезнь** (поскольку нет данных за симптоматическую АГ) **II стадии** (имеется гипертрофия левого желудочка, то есть поражение органа-мишени), **АГ** (АД повышено при двух визитах к врачу) **2-ой степени** (систолическое АД в диапазоне 160–179 мм рт. ст.), **высокий риск осложнений** (есть поражение органа-мишени и 3 фактора риска).

Всем больным АГ показано назначение так называемой немедикаментозной терапии, то есть комплекса мер по устранению корригируемых факторов риска. В частности, данному больному следует настоятельно рекомендовать отказаться от курения. Кроме того, во всех случаях АГ показано ограничение потребления поваренной соли и алкоголя.

АГ 2-ой и 3-ей степени служит показанием к немедленному назначению комбинированной гипотензивной терапии, то есть двух гипотензивных препаратов разных групп. Поскольку у пациента нет фибрилляции предсердий, ИБС или ХСН, ему следует назначить комбинацию ингибитора АПФ или блокатора рецепторов ангиотензина с антагонистом кальция или тиазидным диуретиком, например, 5 мг периндоприла и 5 мг амлодипин 1 раз в сутки.

В седьмой части задачи сообщается, что на фоне назначенного лечения АД снизилось, но не достигло целевого уровня. В такой ситуации можно либо увеличить дозу одного из ранее назначенных препаратов, например, увеличить дозу амлодипина до 10 мг в сутки, либо добавить третий гипотензивный препарат, например, индапамид 2,5 мг в сутки.

Таким образом, «решение» ситуационной задачи представляет собой пошаговый разбор конкретной клинической ситуации, позволяющий выработать навыки лечебно-диагностической работы, начиная от анализа жалоб пациента и заканчивая оценкой эффективности назначенного лечения.