

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

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



Л.А. Мурашова

«16» марта 2023 г.

Рабочая программа производственной практики

ОБЩЕВРАЧЕБНОГО ПРОФИЛЯ

для студентов 6 курса,

специальность

31.05.01 Лечебное дело

форма обучения

очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена
на заседании кафедры
«31» января 2023 г.
(протокол № 3)

Зав. кафедрой _____ (Мазур Е.С.)

Разработчики рабочей программы:
д.м.н., профессор, Мазур Е.С.
к.м.н., Орлов Ю.А.

Тверь, 2023

I. Внешняя рецензия дана главным врачом «Областной клинический лечебно-реабилитационный центр» (ГБУЗ «ОКЛРЦ») А.Л. Старцевым «5» июня 2021 г. (прилагается).

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «2» февраля 2023 г. (протокол № 3)

Рабочая программа рекомендована к утверждению на заседании центрального координационно-методического совета «16» марта 2023 г. (протокол № 7)

II. Пояснительная записка

Рабочая программа производственной практики общеврачебного профиля разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности *31.05.01 Лечебное дело*, с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

Вид практики, форма и способ ее проведения

- 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.

1. Цель и задачи производственной практики

Целью освоения производственной практики общеврачебного профиля является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения производственной практики общеврачебного профиля 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.

2. Планируемые результаты обучения по производственной практике общеврачебного профиля

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
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	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	Знать: - методику осмотра и физикального обследования пациента Уметь: - применять методы осмотра и физикального обследования пациентов и интерпретировать их

<p>соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>(пальпация, перкуссия, аускультация)</p>	<p>результаты</p> <ul style="list-style-type: none"> - выявлять факторы риска онкологических заболеваний <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведения полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
	<p>ИПК-2.3 Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
	<p>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)</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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

		<p>помощи</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
	<p>ИПК-2.5 Проводит дифференциальную диагностику больных, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить дифференциальную диагностику заболеваний <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)
<p>ПК-3. Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной</p>	<p>ИПК-3.1 Составлять план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в

<p>медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом.</p>	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
	<p>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</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в

	<p>медицинской помощи</p>	<p>соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
	<p>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</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими

		<p>порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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;
	<p>ИПК-3.4 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения

3. Место производственной практики общеврачебного профиля в структуре основной профессиональной образовательной программы

Производственная практика общеврачебного профиля входит в Обязательную часть, формируемую участниками образовательных отношений — часть Блока 1 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.

4. Длительность практики составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов, в том числе 72 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 144 часов самостоятельной работы обучающихся, в том числе работы в качестве помощника врача стационара.

5. 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) учебно-исследовательская работа студента (УИРС);
- 6) участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК).

6. Формы промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой в 12 семестре.

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 диагноза 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».

III. Учебная программа производственной практики общеврачебного профиля

1. Содержание

Модуль 1. Дифференциальная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы

Теоретические занятия проводятся преподавателями кафедры, длительность одного занятия составляет 6 академических часов в день.

Темы:

1. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией, немедикаментозная профилактика, персонализированная антигипертензивная терапия.
2. Антитромбоцитарная и антикоагулянтная терапия.
3. Дифференциальная диагностика рецидивирующих болей в области сердца. Диагностика стенокардии напряжения, медикаментозное лечение, показания к реваскуляризации, ведение больных после реваскуляризации.
4. Дифференциальная диагностика остро возникших болей в груди. Диагностика и лечение острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе, ведение больных, перенесших острый коронарный синдром.
5. Дифференциальная диагностика одышки и отеков.
6. Диагностика и лечение хронической сердечной недостаточности со сниженной и сохраненной фракцией выброса.
7. Дифференциальная диагностика и неотложная помощь при остро возникшей одышке.
8. Дифференциальная диагностика сердцебиений и синкопальных состояний.
9. Контроль ритма и частоты сердечных сокращений при фибрилляции предсердий.
10. Оценка риска и профилактика тромбоэмболических осложнений при фибрилляции предсердий.
11. Неотложная помощь при гемодинамически значимых нарушениях ритма и проводимости, показания к имплантации кардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов, ведение больных с имплантированными устройствами.

Модуль 2. Работа помощником врача отделения терапевтического профиля

В рамках освоения второго модуля, обучающиеся работают 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.

Продолжительность работы помощником врача отделения терапевтического профиля составляет 6 академических часов в день. 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 производственной практики (в академических часах)

Номера модулей и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная внеаудиторная работа, включая подготовку к экзамену (зачету)	Самостоятельная практическая работа	Итого часов	Формируемые компетенции					Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости	
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические занятия	экзамен/зачет								ПК-2	ПК-3			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	10	11	12	13	14	15	16	
1.																	
1)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
2)	–			6		6	–		6					+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
3)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
4)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
5)	–			6		6	–		6				+		РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
6)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
7)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
8)	–			6		6	–		6				+		РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
9)	–			6		6	–		6					+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
10)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
11)	–			6		6	–		6				+	+	РКС, ЗС, ВК	Т, Пр, ЗС	
2.																	
2.1.	–			–		–		144	144					+	+	РКС, МН, КЛ, УИРС	Пр
Зачет	–			–	6	6								+	+		Т, Пр, ЗС
ИТОГО:				66	6	72		144	216								

Список сокращений: разборы клинических случаев (РКС), тренинг мануальных навыков (МН), курация больных с написанием кураторского листа (КЛ), решение ситуационных задач (ЗС), участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК), учебно-исследовательская работа (УИРС).

Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач.

3. Формы отчетности 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)

IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций

Оценочные средства для текущего (в т.ч. рубежного) контроля успеваемости служат инструментом оценки качества подготовки обучающихся к практическим занятиям и к предстоящей промежуточной аттестации в форме зачета.

Типовые задания в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-2 на уровне «Знать»:

ВОЛНООБРАЗНО НАРАСТАЮЩАЯ ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, КОТОРАЯ, НЕСМОТРЯ НА ПРИЕМ НИТРОГЛИЦЕРИНА, СОХРАНЯЕТСЯ БОЛЕЕ 20 МИНУТ, НАЗЫВАЕТСЯ {

- ~типичной стенокардией
- ~атипичной стенокардией
- ~кардиалгией
- =ангинозным статусом}

ТЯЖЕЛАЯ ТРАНСМУРАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ {

- ~депрессией сегмента ST
- =элевацией сегмента ST
- ~появлением зубца Q
- ~инверсией зубца T}

ТЯЖЕЛАЯ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НА ЭКГ {

- =депрессией сегмента ST
- ~элевацией сегмента ST
- ~появлением зубца Q
- ~инверсией зубца T}

ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ {

- ~спазма коронарной артерии
- ~тромбоза коронарной артерии с ее неполной обтурацией
- =тромбоза коронарной артерии с ее полной обтурацией
- ~выраженного атеросклеротического стеноза коронарной артерии}

СОЧЕТАНИЕ АНГИНОЗНОГО СТАТУСА С ПРИЗНАКАМИ ТРАНСМУРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ {

~нестабильной стенокардии
=ОКС с подъемом сегмента ST
~ОКС без подъема ST
~инфаркта миокарда}

Профессиональная компетенция 3 (ПК-3)

Способность к определению тактики ведения пациентов с коронарной патологией.

Типовые задания в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-3 на уровне «Знать»:

ЕСЛИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПЛАНИРУЕТСЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ТО НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА РАВНА {=300=триста} МГ

НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОКС СОСТАВЛЯЕТ {=250=двести пятьдесят} МГ

ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ {=4000=4 тысячи=4 ТЫСЯЧИ=4 тыс.=4 ТЫС=4 тыс.=4 ТЫС.=четыре тысячи=ЧЕТЫРЕ ТЫСЯЧИ} ЕД

ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ {=5000=5 тысяч=5 ТЫСЯЧ=5 тыс.=5 ТЫС.=5 ТЫС.=пять тысяч=ПЯТЬ ТЫСЯЧ} ЕД

ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ, КАК МИНИМУМ, {#30:2} ДНЕЙ

ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ {=6=шесть} МЕСЯЦЕВ

Критерии оценки заданий в тестовой форме:

- 1) 5 баллов — 91% и более заданий;
- 2) 4 балла — 81-90% заданий;
- 3) 3 балла — 71-80% заданий.

Типовая ситуационная задача для оценивания результатов сформированности ПК-2 на уровне «Уметь»:

::01::Ситуационная задача № 1

Мужчина, 68 лет, жалуется на слабость, одышку при ранее переносимых физических нагрузках, учащенное сердцебиение. В анамнезе хронические запоры. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, поперечная исчерченность ногтей, АД 120/70 мм рт. ст., ЧСС 95 в 1 мин. При аускультации сердца во всех точках выслушивается слабый систолический шум.

В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О {

=железодефицитной
~железоперераспределительной
~В12-дефицитной
~нефрогенной
} АНЕМИИ

::02:: Выполнен клинический анализ крови

Рисунок 1

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВЫЯВИЛ {

~%33.333%гипохромную
~%33.333%гипорегенераторную
~33.333%средней тяжести
~%-16.666%нормохромную
~%-16.666%гиперхромную
~%-16.666%норморегенераторную
~%-16.666%гиперрегенераторную
~%-16.666%легкой степени
~%-16.666%тяжелой степени

} АНЕМИЮ

::03::

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ СОГЛАСУЮТСЯ С
ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ДИАГНОЗОМ {TRUE}

::04::Выполнен биохимический анализ крови

Сывороточное железо — 7 ммоль/л (норма: >11,6 ммоль/л), ОЖСС — 91 мкмоль/л
(норма: 44–76 мкмоль/л), ферритин — 5 мкг/л (норма: 20–250 мкг/л), трансферрин — 1 г/л
(норма: 2–4 г/л), цианокобаламин — 210 пмоль/л (норма: 200–600 пмоль/л).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

=железодефицитную
~железоперераспределительную
~В12-дефицитную
~апластическую
~гемолитическую
} АНЕМИЮ

::05::

ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ
ПРЕПАРАТОМ {

~%50%железа
~%-25%цианокобаламина
~%-25%фолиевой кислоты
~%-25%100-150
~%50%200-300
~%-25%400-500

} МГ В СУТКИ

::06::

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИНЫ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ {

~%33.333%УЗИ органов брюшной полости
~%33.333%анализ кала на скрытую кровь
~%33.333%ирригоскопию
~%33.333%консультацию хирурга
~%33.333%консультацию гематолога
~%33.333%консультацию гастроэнтеролога}

Типовая ситуационная задача для оценивания результатов сформированности ПК-3 на уровне «Уметь»:

::20::Ситуационная задача № 4

Больной 75 лет, наблюдающийся с диагнозом постинфарктный кардиосклероз, ежедневно принимающий ацетилсалициловую кислоту 100 мг, бисопролол 5 мг и аторвастатин 20 мг обратился к терапевту с жалобами на учащение ангинозных болей в течение последних двух месяцев.

В ОПИСАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О {

=прогрессирующей стенокардии

~инфаркте миокарда

~перикардите

~миокардите}

::21::

Больному запланировано проведение коронароангиографии. В рамках стандартного обследования перед предстоящей операцией выполнена ЭГДС, по данным которой выявлены множественные эрозии в антральном отделе желудка.

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК ПРИЗНАК {

~гастрономы

=НПВП-гастропатии

~хронического гастрита В типа

~хронического гастрита А типа

~хронического гастрита С типа}

::22::

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭРОЗИЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА СТАЛ ПРИЕМ {

=ацетилсалициловой кислоты

~бисопролола

~аторвастатина}

::23::Выполнен клинический анализ крови

Рисунок № 4

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВЫЯВИЛ {

~%33.333%гипохромную

~%33.333%средней тяжести

~%33.333%нормогенераторную

~%-16.666%нормохромную

~%-16.666%гиперхромную

~%-16.666%гипорегенераторную
~%-16.666%гиперрегенераторную
~%-16.666%легкой степени
~%-16.666%тяжелой степени} АНЕМИЮ

::24::

С УЧЕТОМ ДАННЫХ АНАМНЕЗА И ПРОВЕДЕННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО, АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ {

=железодефицитной

~железоперераспределительной

~В12-дефицитной

~апластической

~гемолитической

~фолиеводефицитной}

::25::

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ АНАЛИЗ КРОВИ НА {

~%-33.333%сывороточное железо

~%-33.333%ОЖСС

~%-33.333%трансферрин

~%-33.333%фолиевую кислоту

~%-33.333%метилмалоновую кислоту

~%-33.333%цианокобаламин}

::26::

ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ {

~%-50%железа

~%-20%цианокобаламина

~%-20%фолиевой кислоты

~%-20%1000 мкг 3 дня, затем 500 мкг

~%-20%500 мкг

~%-50%200-300 мг

~%-20%15 мг} В СУТКИ

Критерии оценок:

- 1) при правильном ответе на 90% и более вопросов выставляется оценка «отлично»,
- 2) при правильном ответе на 80-89% — оценка «хорошо»,
- 3) при правильном ответе на 70-79% — оценка удовлетворительно,
- 4) при правильном ответе менее чем на 70% вопросов — оценка «неудовлетворительно».

Типовые задания сформированности компетенций на уровне «Владеть»

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
 3. интерпретация коагулограммы
 4. интерпретация тропонинового теста
 5. интерпретация анализа крови на мозговой натрийуретический пептид
 6. интерпретация электрокардиограммы
 7. интерпретация протокола ультразвукового исследования сердца
 8. интерпретация результатов чреспищеводного ультразвукового исследования сердца
 9. интерпретация протокола коронароангиографии
 10. интерпретация протокола компьютерной томографии органов грудной клетки
 11. интерпретация результатов холтеровского мониторирования
 12. интерпретация результатов суточного мониторирования артериального давления
 13. интерпретация результатов электрофизиологического исследования
 14. интерпретация результатов нагрузочных тестов
- 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.

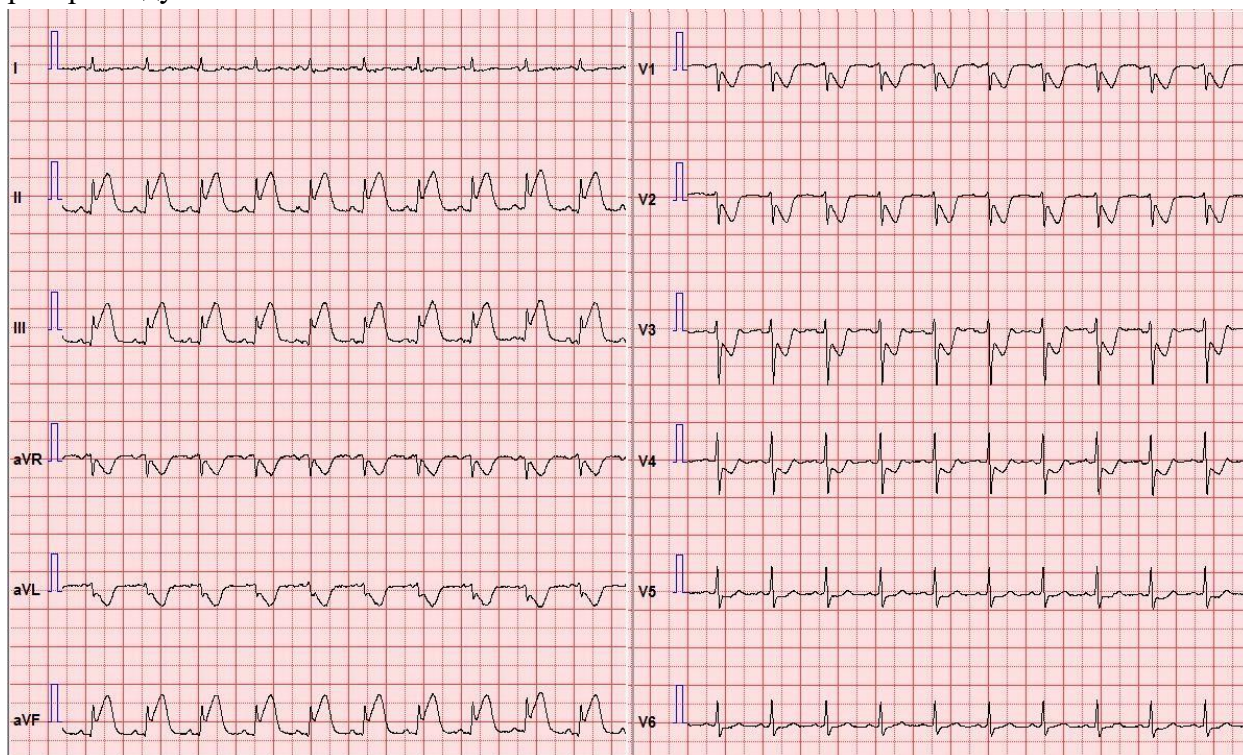
Б. Решение ситуационных задач на практических занятиях (типовые задания сформированности компетенций ПК-2 и ПК-3 на уровне «Владеть»)

Задача

1

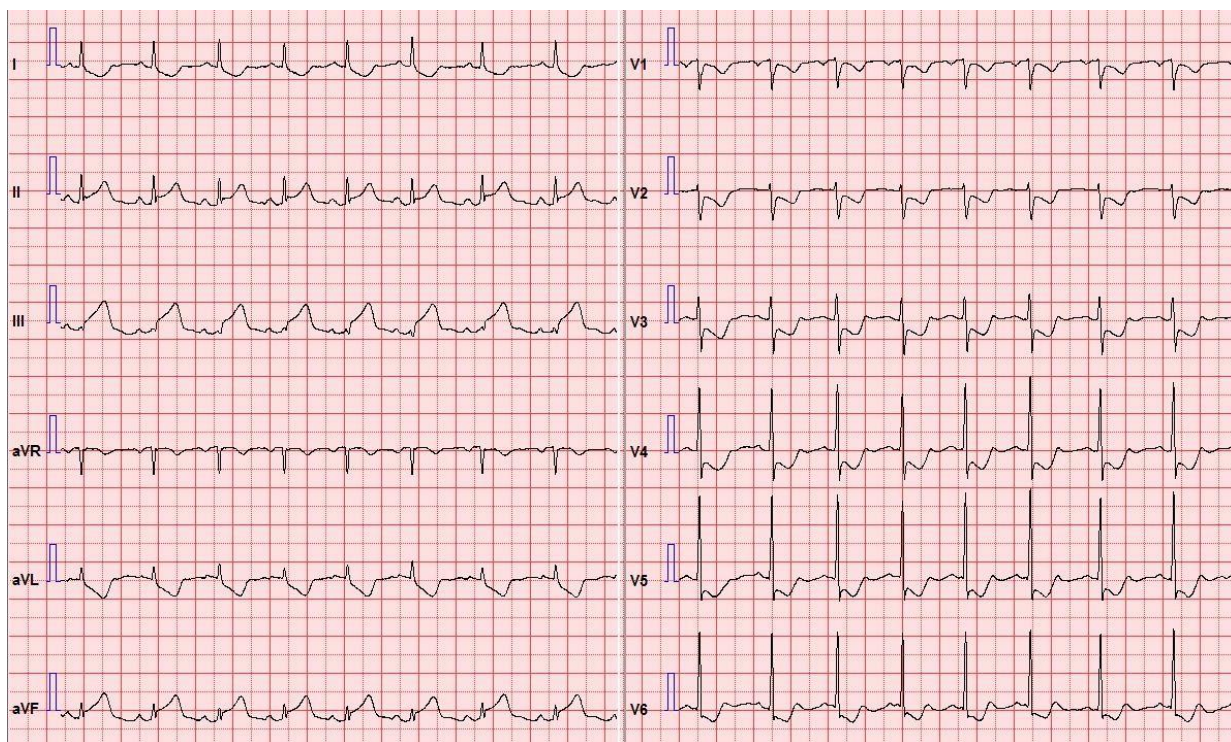
Мужчина 62 лет вызвал СМП. Жалуется на давящую загрудинную боль, которая появилась около часа назад без видимой причины. Хронические заболевания и профессиональные вредности отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные,

ЧСС 96 в 1 мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.



2

Через 90 мин после первого медицинского контакта выполнена селективная полипроекционная ангиография ЛКА и ПКА, на которой отмечается правый тип кровоснабжения миокарда. ПМЖВ и ОВ ЛКА проходимы, без гемодинамически значимых стенозов. ПКА окклюзирована в проксимальной трети (Rentrop 0). Произведена предилатация в области окклюзии ПКА однократным раздуванием баллона до 12 Атм. В область остаточного стеноза установлен металлический коронарный стент с лекарственным покрытием. На контрольных ангиограммах стент раскрыт, стоит в оптимальной позиции, ПКА проходима, признаков дистальной эмболии нет, кровотоков TIMI 3.



Состояние после ЧКВ

Жалоб нет. Дыхание везикулярное, 12 в 1 мин. Пульс 72 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст.

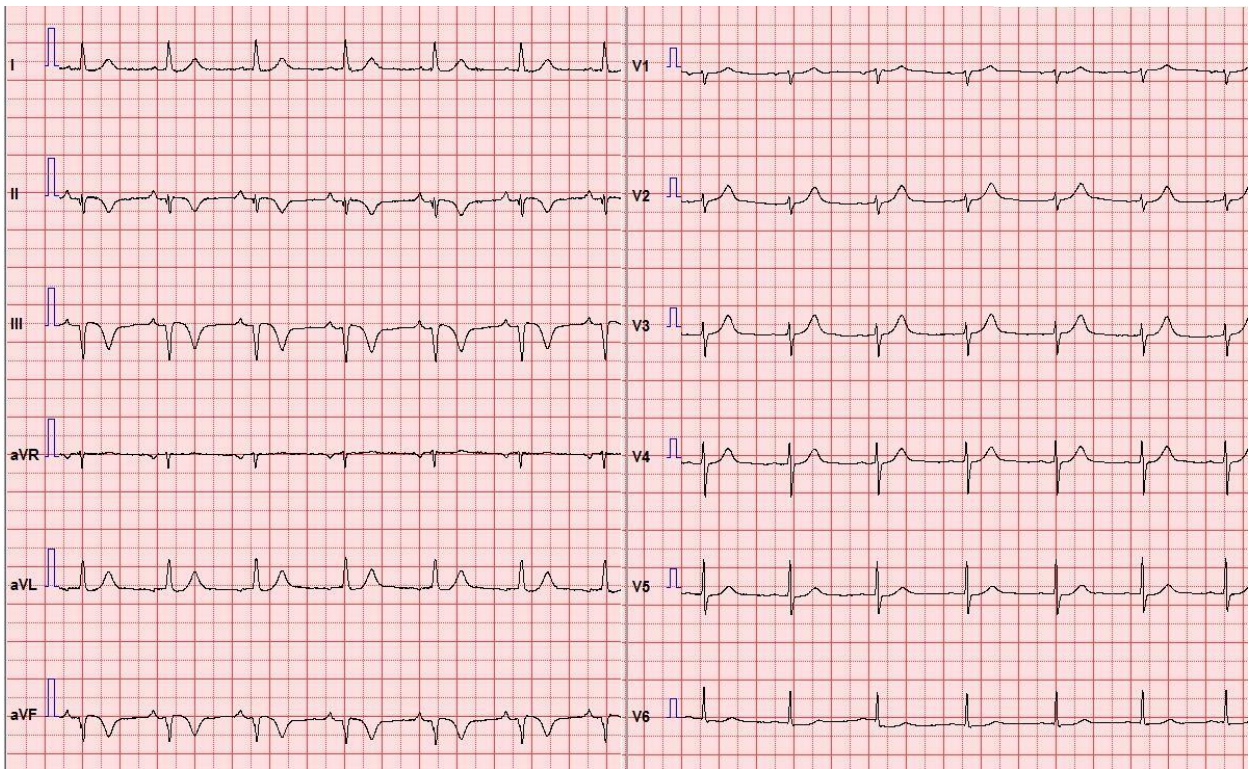
Высокочувствительный тропонин I (URL = 0,017 нг/мл)

При поступлении — 1,31 нг/мл

Через 3 часа — 7,49 нг/мл

Протокол эхокардиографического исследования

Аорта 3,6 см. АК трехстворчатый, раскрытие 1,9 см, кровоток 1,2 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,05 см, ТЗС 1,0 см, КДР 5,2 см, ФВ 48 %, диастолическая дисфункция 1 степени. Нарушения локальной сократимости в области нижнего, ниже-перегородочного, задне-бокового базальных, нижнего медиального сегментов. МК не изменен, кровоток 0,86 м/с, регургитация 1–2 степени. Размер ЛП 3,9 см, объем 50 мл. Диаметр ЛА 2,2 см, СДЛА 26 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,7 см. ТК не изменен, кровоток 0,6 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,7 см, объем 42 мл. НПВ на выдохе 1,8 см, на вдохе 0,8 см. Полость перикарда не изменена.



3

Диагноз и лечение

Критерии оценки при решении ситуационных задач

- 1) отлично — студент умеет правильно решать ситуационную задачу; оформляет диагноз, назначает методы обследования и правильно их интерпретирует, знает этиологию, патогенез и клинику заболевания, дифференциальную диагностику.
- 2) хорошо — студент в целом решает ситуационную задачу, делает несущественные ошибки при постановке диагноза или назначения лечения, интерпретации полученных при обследовании данных.
- 3) удовлетворительно — студент делает существенные ошибки в постановке диагноза, назначении лечения и интерпретации методов обследования, в знании этиологии, патогенеза и клиники заболевания, дифференциальной диагностики.
- 4) неудовлетворительно — студент не может поставить диагноз, назначить лечение интерпретировать методы обследования и провести дифференциальную диагностику.

2. Оценочные средства для аттестации по итогам освоения практики

См. приложение №1.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

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

а. Основная литература:

1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ВЗРОСЛЫХ. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии. Утверждены МЗ РФ в 2016 г. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/687>
2. СТАБИЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА. Российское кардиологическое общество, Национальное общество по изучению атеросклероза,

Национальное общество по атеротромбозу. Утверждены МЗ РФ в 2016 г.
<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/133>

3. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ВЗРОСЛЫХ. Общество специалистов по неотложной кардиологии. Утверждены МЗ РФ в 2016 г.
<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/132>
4. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: ХРОНИЧЕСКАЯ (ХСН) И ОСТРАЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ (ОДСН). ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. Общество специалистов по сердечной недостаточности, Российское кардиологическое общество, Российское национальное общество терапевтов, 2018 г.
[https://scardio.ru/content/Guidelines/Chronic%20\(CHF\)%20and%20acute%20decompensated%20\(ADHF\).pdf](https://scardio.ru/content/Guidelines/Chronic%20(CHF)%20and%20acute%20decompensated%20(ADHF).pdf)
5. ФИБРИЛЛЯЦИЯ И ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ У ВЗРОСЛЫХ. Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электростимуляции, Общество специалистов по неотложной кардиологии. Утверждены МЗ РФ в 2016 г. <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/888>
6. РЕКОМЕНДАЦИИ ESC ПО ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, РАЗРАБОТАННЫЕ СОВМЕСТНО С EACTS, 2016
<https://scardio.ru/content/Guidelines/2516-6313-1-SM.pdf>

в. Дополнительная литература:

1. Артериальная гипертензия [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, О.Б. Поселюгина, Тверской гос. мед. ун-т. - 1,94 Мб. – Тверь [б. и.], 2018. – 28 с.
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. – Мб. – 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. – Мб. – 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. – Мб. – 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. – Мб. – 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. – Мб. – 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. – Мб. – Тверь, 2018. 35 с. – Текст: электронный.

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

1. Мазур Е.С., Мазур В.В., Орлов Ю.А., Кузнецова Н.С., Жухоров Л.С., Баженов Н.Д. Сердечная недостаточность и тромбоэмболия легочной артерии // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
2. Мазур Е.С., Мазур В.В., Орлов Ю.А., Кузнецова Н.С., Жухоров Л.С., Баженов Н.Д. Нарушения ритма сердца // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
3. Мазур Е.С., Мазур В.В., Орлов Ю.А., Кузнецова Н.С., Жухоров Л.С., Баженов Н.Д. Артериальная гипертензия и коронарная болезнь сердца // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.

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

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

1. Клинические рекомендации: <http://cr.rosminzdrav.ru/>;
2. Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
3. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <https://minzdrav.gov.ru/>;
4. Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

4. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, 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. Система дистанционного обучения Moodle
5. Платформа Microsoft Teams

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

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

5. Методические указания для обучающихся по освоению практики.

См. приложение № 2.

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

См. приложение № 3.

VII. Научно-исследовательская работа студента

Научно-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. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 4.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для аттестации по итогам освоения практики**

Профессиональная компетенция 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)

Пример заданий в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-2 на уровне «Знать»:

ОГИБАЮЩАЯ ВЕТВЬ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ {

~%50%переднюю стенку левого желудочка

~%50%боковую стенку левого желудочка

~%50%нижнюю стенку левого желудочка

~%50%правый желудочек}

ПЕРЕДНЯЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ВЕТВЬ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ {

~%33.333%переднюю часть межжелудочковой перегородки

~%100%заднюю часть межжелудочковой перегородки

~%33.333%верхушку левого желудочка

~%33.333%переднюю стенку левого желудочка}

ПРАВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ {

~%33.333%нижнюю стенку левого желудочка

~%100%переднюю часть межжелудочковой перегородки

~%33.333%заднюю часть межжелудочковой перегородки

~%33.333%правый желудочек}

ПРИЧИНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ {

~%50%сужение коронарной артерии атеросклеротической бляшкой

~%50%спазм коронарной артерии

~%50%тромбоз коронарной артерии

~%50%тяжелый аортальный стеноз}

ЗАГРУДИННАЯ БОЛЬ, ВОЗНИКАЮЩАЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И ПРОХОДЯЩАЯ ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ ПОСЛЕ ЕЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ, НАЗЫВАЕТСЯ {

=типичной стенокардией

~атипичной стенокардией

~кардиалгией

~ангинозным статусом}

Профессиональная компетенция 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)

Пример заданий в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-3 на уровне «Знать»:

ЕСЛИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПЛАНИРУЕТСЯ ПЕРВИЧНОЕ ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ТО НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА РАВНА {=600=шестьсот} МГ

ЕСЛИ ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПЛАНИРУЕТСЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ТО НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА КЛОПИДОГРЕЛА РАВНА {=300=триста} МГ

НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОКС СОСТАВЛЯЕТ {=250=двести пятьдесят} МГ

ПРИ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ {=4000=4 тысячи=4 ТЫСЯЧИ=4 тыс=4 ТЫС=4 тыс.=4 ТЫС.=четыре тысячи=ЧЕТЫРЕ ТЫСЯЧИ} ЕД

ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ {=5000=5 тысяч=5 ТЫСЯЧ=5 тыс=5 ТЫС=5 тыс.=5 ТЫС.=пять тысяч=ПЯТЬ ТЫСЯЧ} ЕД

ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ, КАК МИНИМУМ, {#30:2} ДНЕЙ

ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ КАК МИНИМУМ {=6=шесть} МЕСЯЦЕВ

Типовые ситуационные задачи в тестовой форме (практикумы) для оценивания результатов сформированности ПК-2 и ПК-3 на уровне «Уметь»:

::01::Ситуационная задача № 1

Мужчина 69 лет жалуется на повышение АД, которое было выявлено несколько дней назад при случайном измерении. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 170/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

МОЖНО ОЖИДАТЬ, ЧТО ПРИ ТЩАТЕЛЬНОЙ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА БУДЕТ ВЫЯВЛЕН {

~%-33.33%во II межреберье слева от грудины

~%50%в III–IV межреберье слева от грудины

~%-33.333%в IV межреберье справа от грудины
~%50%диастолический
~%-33.333%систолический} ШУМ

::02::Выполнена эхокардиография

Аорта уплотнена, диаметр восходящего отдела 4,6 см. АК трехстворчатый, раскрытие 2,3 см, кровоток 1,8 м/с, максимальный градиент давления 12 мм рт.ст., средний – 7 мм рт. ст., регургитация 2–3 степени, объем регургитации 50 мл. ТМЖП 1,23 см, ТЗС 1,2 см, КДР 6,3 см, индекс ММЛЖ 135 г/м², ФВ 64 %. Нарушений локальной сократимости нет. МК: створки уплотнены, кровоток 0,8 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 4,3 см, объем 68 мл. Диаметр ЛА 2,5 см, СДЛА 28 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,7 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,9 см, объем 55 мл. НПВ на выдохе 1,9 см, на вдохе 0,8 см. Полость перикарда не изменена.

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА {

~%-33.333%небольшая
~%-33.333%умеренная
~%50%тяжелая
~%50%аортальная
~%33.333%митральная} НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

::03::ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ИЗМЕНЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ {

=расширение аорты
~повреждение створок
~врожденная особенность строения клапана}

::04::ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕННЫ ПРИЗНАКИ ОБЪЕМНОЙ ПЕРЕГРУЗКИ {

~%50%евого
~%-50%правого
~%50%желудочка
~%-50%предсердия}

::05::ПАЦИЕНТУ ТРЕБУЕТСЯ {

~хирургическое
~эндоваскулярное
=медикаментозное} ЛЕЧЕНИЕ

::06::С ЭТОЙ ЦЕЛЬЮ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ {

~%-25%бета-адреноблокаторы
~%-25%диуретики
~%-25%сердечные гликозиды
~%50%дигидропиридиновые антагонисты кальция
~%50%ингибиторы АПФ
~%-25%недигидропиридиновые антагонисты кальция}

::07::ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВТОРИЧНОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДАННОГО ПАЦИЕНТА СТАНЕТ РАСШИРЕНИЕ АОРТЫ СВЫШЕ {=5,5=5.5} СМ

Критерии оценок:

- 5) при правильном ответе на 90% и более вопросов выставляется оценка «отлично»,
- 6) при правильном ответе на 80-89% — оценка «хорошо»,
- 7) при правильном ответе на 70-79% — оценка удовлетворительно,
- 8) при правильном ответе менее чем на 70% вопросов — оценка «неудовлетворительно».

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 государственной медицинской академии»
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. Объективное 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.

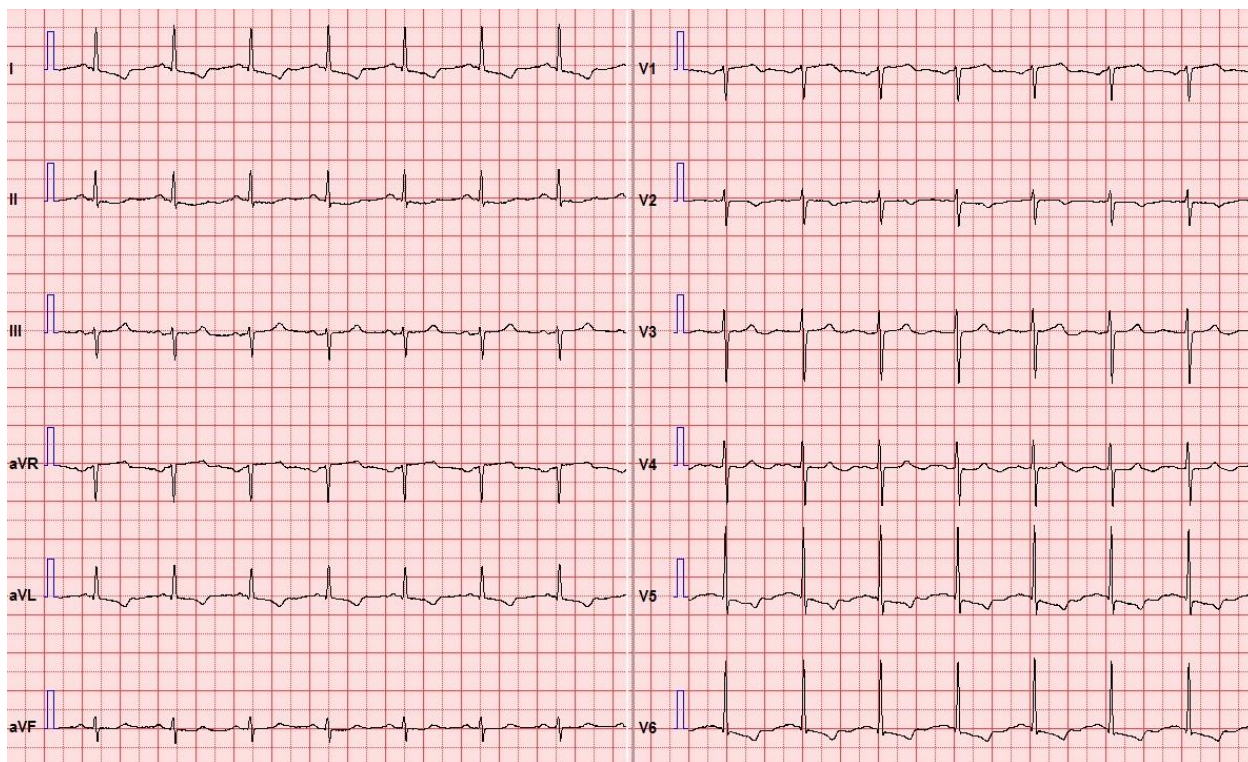
Планируемое лечение

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 T 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 исследований 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.

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы практики
«Производственная практика общеврачебного 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	

*Специальные помещения — учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, клинических практических занятий, групповых консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.