

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 и воспитательной работе

 И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.

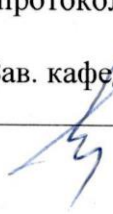


**Рабочая программа дисциплины  
госпитальная терапия**

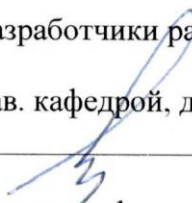
для студентов 5 и 6 курса лечебного факультета  
*Лечебное дело 31.05.01*

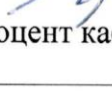
форма обучения  
очная

Рабочая программа дисциплины обсуждена  
на заседании кафедры  
«2» июня 2020 г.  
(протокол №7)

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор  
 (Мазур Е.С.)

Разработчики рабочей программы:

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор  
 (Мазур Е.С.)

Доцент кафедры, к.м.н.  
 (Орлов Ю.А.)

Тверь, 2020

**I. Рабочая программа утверждена** на заседании центрального координационно-методического совета «28» августа 2020г. (протокол №1)

## II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) Лечебное дело (31.05.01), с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### 1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины «Госпитальная терапия» является формирование у обучающихся профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. освоение навыков проведения мероприятий, направленных на формирование у взрослого населения и подростков положительной мотивации по сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих;
2. формирование навыков проведения профилактических мероприятий;
3. формирование навыков проведения диспансерного наблюдения за взрослым населением и подростками;
4. совершенствование навыков диагностики заболеваний и патологических состояний на основе пропедевтических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
5. совершенствование навыков по диагностике и лечению неотложных состояний в терапии;
6. совершенствование навыков по лечению взрослого населения и подростков терапевтическими методами;
7. формирование навыков по проведению реабилитационных мероприятий среди взрослого населения и подростков;
8. совершенствование навыков работы с научно-медицинской литературой, клиническими рекомендациями, нормативными документами и ресурсами Интернета, включая навыки подготовки реферативных сообщений и представления их своим коллегам.

### 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

<b>Формируемые компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> В результате изучения дисциплины студент должен:
<b>ПК-6</b> Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.	<b>Владеть:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– навыками постановки основного диагноза и его осложнений на основании выявленных симптомов и синдромов;</li></ul> <b>Уметь:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– интерпретировать выявленные клинические симптомы и синдромы;</li><li>– интерпретировать результаты дополнительных методов исследований;</li></ul> <b>Знать:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– диагностические критерии заболеваний внутренних органов;</li><li>– принципы формулировки терапевтического диагноза;</li><li>– принципы классификации болезней в рамках Международной статистической классификации болезней X пересмотра;</li><li>– современные классификации болезней в соответствии с рекомендациями ведущих терапевтических сообществ Российской Федерации.</li></ul>
<b>ПК-8</b> Способность к	<b>Владеть:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– алгоритмами медикаментозной и немедикаментозной терапии</li></ul>

<p>определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.</p>	<p>болезней внутренних органов в соответствии с действующими стандартами лечения;</p> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– корректно назначать медикаментозное или немедикаментозное лечение с учетом противопоказаний и нежелательного взаимодействия с лекарственными препаратами других фармакологических групп;</li> <li>– корректно и своевременно перевести больного с лечения одними лекарственными средствами на другие;</li> <li>– комбинировать лекарственные средства различных фармакологических групп с учетом их действия взаимодействия;</li> <li>– своевременно диагностировать побочные и нежелательные эффекты при назначении лекарственных средств различных фармакологических групп;</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– современную классификацию лекарственных средств;</li> <li>– показания и противопоказания к назначению лекарственных средств различных фармакологических групп;</li> <li>– основные побочные эффекты лекарственных средств различных фармакологических групп;</li> <li>– взаимодействие между лекарственными средствами различных фармакологических групп;</li> <li>– рациональные комбинации лекарственных средств различных фармакологических групп;</li> <li>– принципы перевода больного с лечения одними лекарственными средствами на другие;</li> <li>– методы немедикаментозного лечения заболеваний внутренних органов.</li> </ul>
--	--

### 3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Госпитальная терапия» входит в Базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета и завершает этап формирования профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельной лечебно-диагностической работы с больными терапевтического профиля.

Уровень подготовки, необходимый для успешного освоения программы по дисциплине «Госпитальная терапия», включает в себя следующие знания и навыки, полученные на предыдущих этапах обучения:

1. Химия общая и биорганическая.

Разделы: водно-электролитный баланс и кислотно-щелочное равновесие.

3. Биологическая химия.

Разделы: метаболизм белков, жиров и углеводов в норме и при заболеваниях внутренних органов, витамины и микроэлементы.

4. Физика.

Разделы: физические основы инструментальных методов диагностики заболеваний внутренних органов.

5. Анатомия человека.

Разделы: нормальная анатомия дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем.

6. Патологическая анатомия.

Разделы: морфологический субстрат основных патологических процессов, таких как воспаление, ишемия, некроз, гипертрофия, атрофия, неопластический процесс и т.п. и наиболее распространенных заболеваний внутренних органов.

7. Нормальная физиология.

Разделы: нормальная физиология дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем.

8. Патофизиология.

Разделы: закономерности возникновения и развития заболеваний внутренних органов.

9. Микробиология, вирусология, иммунология.

Разделы: возбудители заболеваний внутренних органов, механизмы иммунологической защиты организма, аллергические реакции, аутоиммунные процессы.

10. Фармакология.

Разделы: механизм действия, показания и противопоказания к назначению, дозировки и побочное действие лекарственных средств, используемых при лечении заболеваний внутренних органов.

11. Препедевтика внутренних болезней.

Разделы: физикальные, лабораторные и инструментальные методы обследования больного, синдромология, нозология болезней.

12. Факультетская терапия, общая физиотерапия, военно-полевая терапия.

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

**4. Объём дисциплины** составляет 12 зачетных единиц, 432 академических часа, в том числе 268 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 137 часов самостоятельной работы обучающихся и 27 часов подготовка к промежуточной аттестации в виде экзамена.

#### **5. Образовательные технологии**

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии:

1. лекция-визуализация (ЛВ);
2. разборы клинических случаев (РКС);
3. тренинг мануальных навыков (МН);
4. курация больных с написанием кураторского листа (КЛ);
5. решение традиционных ситуационных клинических задач (ЗС);
6. решение электронных задач на компьютерном имитаторе клинических ситуаций (КС, КОП);
7. участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК);
8. учебно-исследовательская работа (УИРС).

#### **6. Формы промежуточной аттестации**

Для оценки успеваемости при освоении дисциплины «Госпитальная терапия» используется балльно-накопительная система (БНС, см. приложение №1). В БНС интегральной оценкой объема и качества проделанной обучающимся учебной работы служит накопленная сумма баллов (НСБ), которая складывается из баллов, полученных обучающимся на клинических практических занятиях и лекциях, а также суммы баллов, начисленных за результаты студенческой научной работы.

На клинических практических занятиях начисление баллов осуществляется путем занесения в «Журнал посещения занятий» оценок по четырехбалльной шкале успеваемости («неудовлетворительно» — 2, «удовлетворительно» — 3, «хорошо» — 4, «отлично» — 5) за следующие виды учебной работы:

1. устный или письменный ответ на вопрос преподавателя по изучаемой теме;

2. интерпретация результатов клинических, инструментальных или лабораторных исследований;
3. решение ситуационной задачи из практикума;
4. демонстрация мануальных навыков;
5. доклад о курируемом пациенте;
6. написание кураторского листа;
7. подготовка реферата или сообщения по теме учебно-исследовательской работы студента (УИРС).

На каждом клиническом практическом занятии обучающийся может получить от 0 до 2 оценок за выполнение учебной работы, занимающей первые 5 позиций в представленном выше списке. Оценка за кураторский лист выставляется в конце раздела дисциплины или нескольких тематически близких разделов, на протяжении которых обучающийся курирует одного и того же пациента. Оценка за реферат или сообщение по УИРС выставляется однократно за весь период обучения на наиболее тематически близком разделе дисциплины.

Для перевода НСБ в четырехбалльную оценку успеваемости, обучающиеся ранжируются по убыванию рейтинговой суммы. Первые 10 % обучающихся из ранжированного списка получают оценку «отлично», вторые 20 % — «хорошо», третьи 50 % — «удовлетворительно», четвертые 20 % — «неудовлетворительно».

Оценка НСБ проводится в конце каждого семестра обучения. До сведения обучающихся результаты оценки доводятся путем их размещения на сайте университета (на странице кафедры госпитальной терапии). Результаты, полученные в IX и X семестрах обучения, носят чисто информационный характер, результаты XI семестра служат основанием для засчитывания их в качестве результата промежуточной аттестации по дисциплине в форме экзамена, результаты XII семестра — для засчитывания их в качестве результата промежуточной аттестации по дисциплине в форме зачета.<sup>1</sup>

Обучающимся, получившим положительную оценку по результатам работы в IX–XI семестрах, оценка «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» выставляется в экзаменационную ведомость и в зачетную книжку. Обучающиеся, получившие положительную оценку, могут принять во втором и третьем этапах экзамена, если хотят улучшить свою экзаменационную оценку. Обучающиеся, получившие по результатам БНС неудовлетворительную оценку, подлежат промежуточной аттестации в форме экзамена.

Обучающимся, получившим положительную оценку по результатам работы в XII семестре, оценка «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» выставляется в зачетную ведомость и в зачетную книжку. Обучающиеся, получившие неудовлетворительную оценку по результатам БНС подлежат промежуточной аттестации в форме зачета. Зачет предусматривает решение 50 заданий в тестовой форме по всему пройденному при освоении дисциплины материалу.

### **III. Учебная программа дисциплины**

#### **1. Содержание дисциплины**

##### **Раздел 1. Кардиология**

1. Артериальная гипертензия
2. Стенокардия
3. Инфаркт миокарда
4. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)
5. Острая сердечная недостаточность (ОСН)
6. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

---

<sup>1</sup> У восстановленных после академического отпуска студентов баллы, набранные на занятиях и лекциях до отчисления, в итоговом рейтинге не учитываются.

7. Фибрилляция предсердий
8. Аортальные пороки сердца
9. Митральные пороки сердца
10. Инфекционный эндокардит
11. Протезы клапанов сердца
12. Аритмии
13. Блокады
14. Профилактика ишемической болезни сердца (ИБС)
15. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)
16. Воспалительные заболевания миокарда
17. Поражение сердца у онкологических больных
18. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)
19. Рестриктивные кардиомиопатии (РКМП)
20. Амилоидоз сердца
21. Неклассифицируемые кардиомиопатии
22. Каналопатии
23. Заболевания перикарда
24. Легочная гипертензия
25. Врожденные пороки сердца
26. Заболевания сердца при беременности

## **Раздел 2. Гастроэнтерология**

1. Заболевания пищевода
2. Язвенная болезнь: диагностика, лечение, осложнения и их терапия
3. Н. Рulogі-ассоциированные заболевания
4. Симптоматические язвы
5. Хронический панкреатит
6. Заболевания желчевыводящих путей
7. Диагностика и лечение жировой болезни печени
8. Дифференциальный диагноз при желтухе, лечение хронического гепатита
9. Диагностика и лечение цирроза печени
10. Дифференциальный диагноз при диарее. Лечение синдрома раздраженного кишечника, неспецифического язвенного колита, болезни Крона
11. Дифференциальный диагноз при запоре. Лечение дивертикулярной болезни толстой кишки
12. Тактика терапевта при острой боли в животе
13. Дифференциальный диагноз при тошноте, рвоте
14. Дифференциальный диагноз при очаговых и диффузных поражениях печени
15. Алкогольное поражение печени
16. Аутоиммунные поражения печени
17. Дифференциальный диагноз при мальдигестии и мальабсорбции

## **Раздел 3. Пульмонология**

1. Пневмонии
2. Бронхиальная астма
3. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

## **Раздел 4. Нефрология**

1. Пиелонефриты
2. Гломерулонефриты
3. Хроническая почечная недостаточность (ХПН)
4. Амилоидоз почек
5. Диабетическая нефропатия и заместительная почечная терапия
6. Дифференциальная диагностика при гематурии

## **Раздел 5. Ревматология**

1. Суставной синдром
2. Лечение заболеваний суставов
3. Системная красная волчанка
4. Системная склеродермия
5. Системные васкулиты

#### **Раздел 6. Гематология**

1. Анемии
2. Миеломная болезнь
3. Лейкозы
4. Геморрагические диатезы



### 1. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

Номера и название разделов дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем			Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	клинические занятия	Экзамен/зачет				ПК-6	ПК-8		
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10
<b>Раздел 1. Кардиология</b>										
1. Артериальная гипертензия	–	9	–	9	2	11	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
2. Стенокардия	–	9	–	9	2	11	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
3. Инфаркт миокарда	–	10	–	10	2	12	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
4. ХСН	–	9	–	9	2	11	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
5. ОСН	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
6. ТЭЛА	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
7. Фибрилляция предсердий	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
8. Аортальные пороки сердца	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
9. Митральные пороки сердца	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
10. Инфекционный эндокардит	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
11. Протезы клапанов сердца	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
12. Аритмии	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
13. Блокады	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С

14. Профилактика ИБС	2	5	–	7	2	9	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
15. ДКМП	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
16. Воспалительные заболевания миокарда	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
17. Поражение сердца у онкологических больных	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
18. ГКМП	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
19. РКМП	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
20. Амилоидоз сердца	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
21. Неклассифицируемые кардиомиопатии	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
22. Каналопатии	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
23. Заболевания перикарда	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
24. Легочная гипертензия	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
25. Врожденные пороки сердца	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
26. Заболевания сердца при беременности	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
<b>Раздел 2. Гастроэнтерология</b>										
1. Заболевания пищевода	–	10	–	10	2	12	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
2. Язвенная болезнь: диагностика, лечение, осложнения и их терапия	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
3. Н. Рylogi-ассоциированные заболевания	2	5	–	7	2	9	+	+	ЛВ, РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
4. Симптоматические язвы	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
5. Хронический панкреатит	2	5	–	7	2	9	+	+	ЛВ, РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
6. Заболевания желчевыводящих путей	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
7. Диагностика и лечение жировой болезни печени	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
8. Дифференциальный диагноз при желтухе, лечение хронического гепатита	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С

9. Диагностика и лечение цирроза печени	2	5	–	7	2	9	+	+	ЛВ, РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
10. Дифференциальный диагноз при диарее. Лечение синдрома раздраженного кишечника, неспецифического язвенного колита, болезни Крона	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
11. Дифференциальный диагноз при запоре. Лечение дивертикулярной болезни толстой кишки	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
12. Тактика терапевта при острой боли в животе	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
13. Дифференциальный диагноз при тошноте, рвоте	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
14. Дифференциальный диагноз при очаговых и диффузных поражениях печени	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
15. Алкогольное поражение печени	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
16. Аутоиммунные поражения печени	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
17. Дифференциальный диагноз при мальдигестии и мальабсорбции	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
<b>Раздел 3. Пульмонология</b>										
1. Пневмонии	–	5	–	5	4	9	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
2. Бронхиальная астма	–	5	–	5	4	9	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
3. ХОБЛ	–	5	–	5	4	9	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
<b>Раздел 4. Нефрология</b>										
1. Пиелонефриты	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
2. Гломерулонефриты	2	5	–	7	2	9	+	+	ЛВ, РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С

3. ХПН	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
4. Амилоидоз почек	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
5. Диабетическая нефропатия и заместительная почечная терапия	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
6. Дифференциальная диагностика при гематурии	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
<b>Раздел 5. Ревматология</b>										
1. Суставной синдром	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
2. Лечение заболеваний суставов	–	5	–	5	2	7	+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
3. Системная красная волчанка	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
4. Системная склеродермия	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
5. Системные васкулиты	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
<b>Раздел 6. Гематология</b>										
1. Анемии	4	5	–	9	4	13	+	+	ЛВ, РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, КОП, ВК	Т, Пр, ЗС, КЛ, С
2. Миеломная болезнь	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
3. Лейкозы	2	–	–	2	3	5	+	+	ЛВ	Т
4. Геморрагические диатезы	2	–	–	2	2	4	+	+	ЛВ	Т
Экзамен	–	–	–	–	27	27	+	+	КОП	Т, ЗС
Зачет	–	5	–	5	–	5	+	+	КОП	Т, ЗС
<b>Итого:</b>	66	202	–	268	164	432				

**Список сокращений:**

**Образовательные технологии:** лекция-визуализация (ЛВ), разборы клинических случаев (РКС), тренинг мануальных навыков (МН), курация больных с написанием кураторского листа (КЛ), решение традиционных ситуационных клинических задач (ЗС), решение электронных задач на компьютерном имитаторе клинических ситуаций (КС), использование компьютерных обучающих программ (КОП), участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК), учебно-исследовательская работа (УИРС).

**Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости:** тестирование (Т), оценка освоения практических навыков (Пр), решение ситуационных задач (ЗС), написание и защита кураторского листа (КЛ), собеседование по контрольным вопросам (С).

#### **IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций**

См. приложение №2.

**1. 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 сессионного экзамена и зачета.

##### **2. Сессионный экзамен**

Первый этап экзамена проводится по расписанию экзаменационной сессии в виде решения заданий в тестовой форме (**оценка сформированности компетенций ПК-6 и ПК-8 на уровне «Знать»**), допускающих один или более верных вариантов ответа. Для решения предлагается 50 заданий в тестовой форме по изученным к этому времени разделам дисциплины, время работы 50 минут. Первый этап экзамена 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 экзамена. Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к следующему этапу экзамена не допускаются и подлежат переэкзаменовке.

Второй и третий этапы экзамена (**оценка сформированности компетенций ПК-6 и ПК-8 на уровне «Уметь» и «Владеть»**) проводятся в период экзаменационной сессии в сроки, установленные учебным планом и расписанием сессии. К второму этапу допускаются обучающиеся, получившие на первом этапе экзамена оценку «зачтено», а также обучающиеся, которые по результатам БНС получили оценку «хорошо» или «удовлетворительно», но выразили желание ее повысить.

Второй этап экзамена призван оценить практические навыки интерпретации результатов клинических, инструментальных и лабораторных исследований. Экзаменуемый случайным образом выбирает билет, на котором указаны серия и номер ситуационной задачи, сотрудник кафедры, исполняющий роль пациента, возраст и пол последнего. В течение 15 минут обучающийся беседует с «пациентом», выясняя жалобы, историю заболевания и жизни. Сотрудник кафедры, исполняющий роль пациента, отвечает в соответствии со сценарием ситуационной задачи. Далее экзаменуемый открывает электронную историю болезни, соответствующую серии и номеру ситуационной задачи, вводит в нее собранную в ходе беседы с «пациентом» информацию и предварительный диагноз. Для имитации электронной истории болезни используется компьютерная программа xExpert в режиме оценки навыков работы с пациентом. Дальнейшая работа с приложением xExpert ничем не отличается от работы с приложением xStudent, которое обучающиеся освоили во время занятий в компьютерном классе. Задачи, предлагаемые к решению на экзамене, выбраны из числа тех, которые ранее решались обучающимися на занятиях в компьютерном классе. В отличие от приложения xStudent, приложение xExpert не позволяет решить задачу повторно. Отрецензированная история болезни распечатывается и передается экзаменационной комиссии, в которую входят не менее 2 сотрудников кафедры, причем хотя бы один из них должен иметь должность профессора или доцента.

Оценка проводится путем сравнения заключений, написанных обучающимся, с представленными в отрецензированной истории болезни эталонными заключениями. Интерпретация результата исследования признается верной, если написанное обучающимся заключение в целом соответствует эталонному заключению. Интерпретация признается неверной, если заключение обучающегося принципиально отличается от эталонного заключения.

При необходимости экзаменационная комиссия может задавать обучающемуся дополнительные вопросы и в зависимости от полученных ответов вносить коррективы в оценку написанного обучающимся заключения по результатам исследования.

Второй этап экзамена оценивается по двухбалльной системе: «выполнено» или «не выполнено». Если экзаменационная комиссия признает верно интерпретированными

более половины из имеющихся в истории болезни исследований, то обучающийся получает оценку «зачтено» за второй этап экзамена и допускается к третьему этапу. В противном случае обучающийся получает оценку «не зачтено» за второй этап экзамена и оценку «неудовлетворительно» за экзамен. При этом оценка «неудовлетворительно» выставляется в экзаменационную ведомость.

Третий этап экзамена становится непосредственным продолжением второго, если на втором этапе обучающийся получил оценку «зачтено». В ходе собеседования с обучающимся и анализа отрецензированной истории болезни экзаменационная комиссия оценивает пять навыков клинической работы:

1. навык получения диагностически значимой информации при общении с пациентом и ее представления в истории болезни (коммуникативный навык);
2. навык обоснования предварительного диагноза;
3. навык проведения обследования;
4. навык обоснования клинического диагноза;
5. навык назначения соответствующего диагнозу лечения.

Итоговая экзаменационная оценка равна числу оценок «сдано», выставленных при оценке навыков клинической работы:

- 5 оценок «сдано» соответствуют итоговой оценке «отлично»;
- 4 — «хорошо»;
- 3 — «удовлетворительно»;
- 2 и менее — «неудовлетворительно».

В последнем случае экзаменационная комиссия имеет право задать дополнительные вопросы, призванные уточнить степень освоения обучающимся навыков клинической работы, и по результатам собеседования повысить итоговую оценку до «удовлетворительно». Итоговая экзаменационная оценка выставляется в экзаменационную ведомость, а оценки «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» и в зачетную книжку.

### **3. Зачет**

Обучающимся, получившим положительную оценку по результатам работы в XII семестре, оценка «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» выставляется в зачетную ведомость и в зачетную книжку. Обучающиеся, получившие неудовлетворительную оценку по результатам БНС подлежат промежуточной аттестации в форме зачета. Зачет предусматривает решение 50 заданий в тестовой форме по всему пройденному за время изучения дисциплины материалу. Критерием положительной оценки является решение не менее 70% заданий в тестовой форме.

## **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**

#### **а. Основная литература:**

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

#### **б. Дополнительная литература:**

1. Мазур, Е.С. Интерпретация электрокардиограммы [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, В.В. Мазур, Н.Д. Баженов. – Тверь, 2010. – 96 с.
2. Мазур, Е.С. Интерпретация электрокардиограммы [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / Е. С. Мазур, В. В. Мазур, Н. Д. Баженов; Тверская гос. мед. акад. – 2-е изд. – 25,5 Мб. – Тверь: [б. и.], 2013. – 87 с.
3. Мазур, Е.С. Артериальная гипертензия [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур. – Тверь, 2014. – 41 с.
4. Мазур, Е.С. Фибрилляция предсердий [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. – Тверь, 2014. – 40 с.

5. Мазур, Е.С. Сердечная недостаточность [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. – Тверь, 2014. – 36 с.
6. Мазур, Е.С. Пневмония [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, М.А. Бачурина. – Тверь, 2014. – 25 с.
7. Мазур, Е.С. Дыхательная недостаточность [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, М.А. Бачурина. – Тверь, 2014. – 31 с.
8. Мазур, Е.С. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, М.А. Бачурина. – Тверь, 2014. – 28 с.
9. Мазур, Е.С. Ишемическая болезнь сердца [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, Ю.А. Орлов. – Тверь, 2014. – 69 с.
10. Мазур, Е.С. 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.
11. Мазур, Е.С. Пневмонии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Тверской гос. мед. ун-т; сост. Е.С. Мазур, И.Ю. Колесникова. – 577 Кб. – Тверь: [б. и.], 2018. – 19 с.
12. Мазур, Е.С. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких [Электронный ресурс]: учебное пособие / Тверской гос. мед. ун-т; сост. Е.С. Мазур, И.Ю. Колесникова. – 874 Кб. – Тверь: [б. и.], 2018. – 29 с.

## **2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

1. Мазур, Е.С. Артериальная гипертензия [Электронный ресурс]: практикум / Е.С. Мазур, О.Б. Поселюгина. – Тверь, 2014. – 25 с.
2. Мазур, Е.С. Аритмии [Электронный ресурс]: практикум / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. – Тверь, 2014. – 31 с.
3. Мазур, Е.С. Сердечная недостаточность [Электронный ресурс]: практикум / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. – Тверь, 2014. – 38 с.
4. Мазур, Е.С. Ишемическая болезнь сердца [Электронный ресурс]: практикум / Е.С. Мазур, Ю.А. Орлов. – Тверь, 2014. – 43 с.
5. Мазур, Е.С. Дыхательная недостаточность [Электронный ресурс]: практикум / Е.С. Мазур, М.А. Бачурина. – Тверь, 2014. – 31 с.
6. Мазур, Е.С. Болезни органов дыхания: практикум / Е.С. Мазур, М.А. Бачурина. – Тверь, 2014. – 32 с.
7. Колесникова, И.Ю. Кислотозависимая патология [Электронный ресурс]: практикум / И.Ю. Колесникова. – Тверь, 2014. – 31 с.
8. Колесникова, И.Ю. Заболевания кишечника [Электронный ресурс]: практикум / И.Ю. Колесникова. – Тверь, 2014. – 33 с.
9. Колесникова, И.Ю. Заболевания поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей [Электронный ресурс]: практикум / И.Ю. Колесникова. – Тверь, 2014. – 28 с.
10. Поселюгина, О.Б. Болезни почек [Электронный ресурс]: практикум / О.Б. Поселюгина. – Тверь, 2014. – 33 с.
11. Платонов, Д.Ю. Болезни суставов [Электронный ресурс]: практикум / Д.Ю. Платонов. – Тверь, 2014. – 36 с.

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

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

1. Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>
2. Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru))

3. Университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru))
4. Информационно-поисковая база Medline ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed))
5. Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>)
6. Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>
7. Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>
8. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>
9. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.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 2013:
  - Access 2013;
  - Excel 2013;
  - Outlook 2013;
  - PowerPoint 2013;
  - Word 2013;
  - Publisher 2013;
  - OneNote 2013.
2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro

##### **4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru);
3. Электронная библиотечная система eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>)

#### **5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

См. приложение №3.

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

См. приложение №4.

#### **VII. Научно-исследовательская работа студента**

Научно-исследовательская работа студента при освоении дисциплины «Госпитальная терапия» может осуществляться по трем направлениям: подготовка реферата, представление клинического случая и сообщение результатов учебно-исследовательской работы (УИРС). Тема реферата выбирается в соответствии с профилем дисциплины, согласуется с курирующим преподавателем и может представлять собой углубленный анализ тем, изучаемых на лекциях, или посвящаться редкой терапевтической патологии.

При подготовке реферата студент 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). Краткое изложение реферата должно быть представлено в виде доклада с презентацией на заседаниях кружка СНО кафедры. Лучшие доклады могут быть представлены на итоговом заседании кружка СНО, а также направлены на терапевтическую секцию итогового заседания СНО ТГМУ.

Тема учебно-исследовательской работы выбирается курирующим преподавателем с учетом научных предпочтений студента по одному из основных направлений научно-исследовательской работы кафедры: проблемы гастроэнтерологии, нефрологии и кардиологии. Учебно-исследовательская работа включает в себя несколько этапов: анализ литературы по изучаемой проблеме, составление дизайна исследования совместно с преподавателем, сбор данных студентом, анализ полученных данных и оформление результатов в виде тезисов в ежегодный сборник университета, а также в виде презентации для доклада на текущем и итоговом заседании кружка СНО кафедры. Лучшие доклады отправляются на итоговую конференцию СНО ТГМУ.

За каждое посещение кружка СНО к НСБ добавляется 1 балл, за предоставленное сообщение (в том числе реферативное) — 25 баллов, за устный или стендовый доклад на итоговой студенческой конференции — 50 баллов, за призовые места на последней конференции — 100 (третье место), 150 (второе место) и 200 (первое место) баллов. Стендовые доклады приравниваются к устным. При публикации тезисов в студенческом сборнике (без доклада) дополнительно начисляются 25 баллов. За участие в межвузовских олимпиадах начисляется 100 баллов, при занятии призового места начисляется

### **VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами**

См. приложение №5.

### **IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины**

См. приложение №6.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
**по использованию балльно-накопительной системы при изучении дисциплины**  
**«Госпитальная терапия»**

### **1. Преамбула**

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту высшего образования по специальности Лечебное дело, выпускники медицинских ВУЗов должны обладать компетенциями в объеме, достаточном для самостоятельной работы в первичном звене здравоохранения без дополнительного постдипломного обучения. Это требует существенного повышения уровня профессиональной подготовки обучающихся, что может быть достигнуто не только за счет совершенствования учебного процесса, но и путем усиления мотивации обучающихся к усвоению теоретических знаний и освоению практических навыков.

Одним из сильнейших мотивов к эффективной и интенсивной работе служит стремление к лидерству, что делает актуальным внесение в учебный процесс элемента соревнования с достаточно серьезным поощрением его победителей. В качестве поощрения может выступать зачет результатов работы в рамках балльно-накопительной системы (БНС) оценки успеваемости в качестве результата промежуточной аттестации по дисциплине «Госпитальная терапия». При этом процедура оценки результатов текущего контроля успеваемости должна давать равные шансы на победу всем участникам соревнования.

Самый простой и достаточно точный способ интегральной оценки текущей успеваемости обучающихся — расчет среднего балла, то есть среднего арифметического значения оценок, полученных при текущем контроле за весь период обучения. Однако, нельзя не учитывать, что средний балл отражает не столько учебную активность обучающегося, сколько его способность к обучению, которая может варьировать в весьма широких пределах. Среди обучающихся есть и те, кто при минимальных затратах времени и сил получают отличные оценки, и те, кто при самом добросовестном отношении к учебной работе не могут получить оценку выше удовлетворительной. При использовании среднего балла в качестве интегральной оценки текущей успеваемости соревнование между ними невозможно.

Ситуация меняется, если в качестве интегральной оценки использовать не средний балл, а сумму баллов, полученных за весь период обучения. В этом случае две удовлетворительные оценки (6 баллов) лучше, чем одна отличная (5 баллов), что теоретически дает шанс даже «твердому троечнику» войти в число лидеров ранжированного списка. На практике такое едва ли возможно, но перемещение из конца списка в его середину вполне реально. Таким образом, использование накопленной суммы баллов (НСБ) в качестве интегральной оценки текущей успеваемости позволяет внести в учебный процесс элемент соревнования.

Важное значение имеет выбор критерия оценки НСБ для выбора кандидатов на поощрение за достигнутые успехи. Возможны два подхода: по абсолютному значению НСБ или по его положению в ранжированном списке. Предпочтительным представляется второй вариант, поскольку в первом случае достижение пограничного значения НСБ гарантирует поощрение и позволяет отказаться от дальнейшей борьбы за лидерство. Во втором случае борьба за лидерство продолжается вплоть до завершения учебного процесса.

Не вызывает сомнения, что система текущей оценки успеваемости обучающихся должна быть максимально простой и «прозрачной», то есть, с одной стороны, не должна чрезмерно загружать преподавателей дополнительной работой, а с другой — быть абсолютно понятной для обучающихся.

Изложенные выше принципы положены в основу БНС, элементы которой на протяжении нескольких лет использовались на кафедре госпитальной терапии и профессиональных болезней в тестовом режиме.

## 2. Накопленная сумма баллов

В БНС интегральной оценкой объема и качества проделанной обучающимся учебной работы служит НСБ, которая складывается из суммы баллов, полученных обучающимся на клинических практических занятиях и лекциях, а также суммы баллов, начисленных за результаты студенческой научной работы.

### 2.1 Начисление баллов на клинических практических занятиях

На клинических практических занятиях начисление баллов осуществляется путем занесения в «Журнал посещения занятий» оценок по четырехбалльной шкале успеваемости («неудовлетворительно» — 2, «удовлетворительно» — 3, «хорошо» — 4, «отлично» — 5) за следующие виды учебной работы:

- 1) устный или письменный ответ на вопрос преподавателя по изучаемой теме,
- 2) интерпретация результатов клинических, инструментальных или лабораторных исследований,
- 3) решение ситуационной задачи из практикума,
- 4) демонстрация мануальных навыков,
- 5) доклад о курируемом пациенте,
- 6) написание кураторского листа,
- 7) подготовка реферата или сообщения по теме учебно-исследовательской работы студента (УИРС).

На каждом клиническом практическом занятии обучающийся может получить от 0 до 2 оценок выполнения учебной работы, занимающих первые 5 позиций в представленном выше списке. Оценка за кураторский лист выставляется в конце раздела дисциплины или нескольких тематически близких разделов, на протяжении которых обучающийся курирует одного и того же пациента. Оценка за реферат или сообщение по УИРС выставляется однократно за весь период обучения на наиболее тематически близком разделе дисциплины. Критерии оценки перечисленных видов работы представлены в таблицах 1–6.

**Таблица 1. Критерии оценки устного ответа на вопрос преподавателя**

Оценка в баллах	Критерии оценки
5	исчерпывающий ответ получен без уточняющих вопросов преподавателя
4	исчерпывающий ответ получен после уточняющих вопросов преподавателя
3	получен неполный, неточный или частично неверный ответ, который не удалось улучшить с помощью уточняющих вопросов преподавателя*

\*такой ответ должен быть дополнен, уточнен и исправлен другим обучающимся

**Таблица 2. Критерии оценки интерпретации результатов клинических, инструментальных и лабораторных исследований**

Оценка в баллах	Критерии оценки
5	результат интерпретирован точно и полностью без уточняющих вопросов преподавателя
4	результат интерпретирован точно и полностью после уточняющих вопросов преподавателя
3	выявлены наиболее значимые изменения, но полной и точной интерпретации не удалось получить даже после уточняющих вопросов преподавателя*

\*такая интерпретация должна быть дополнена и уточнена другим обучающимся

**Таблица 3. Критерии оценки решения ситуационных задач**

Оценка в баллах	Критерии оценки
5	задача полностью решена без уточняющих вопросов преподавателя
4	задача полностью решена только после уточняющих вопросов преподавателя
3	неполное, неточное или частично неверное решение, которое не удалось улучшить с помощью уточняющих вопросов преподавателя*

\*такое решение должно быть дополнено и уточнено другим обучающимся

**Таблица 4. Критерии оценки мануальных навыков**

Оценка в баллах	Критерии оценки
5	манипуляция выполнена уверенно и без ошибок
4	манипуляция выполнена недостаточно уверенно, но без помощи преподавателя
3	для выполнения манипуляции потребовалась помощь преподавателя или были допущены ошибки, не влияющие на результат манипуляции

**Таблица 5. Критерии оценки доклада о курируемом пациенте и кураторского листа**

Оценка в баллах	Критерии оценки
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• четко изложены жалобы и история болезни</li> <li>• правильно интерпретированы результаты обследования</li> <li>• диагноз правильно сформулирован и</li> <li>• полностью обоснован</li> <li>• интерпретировано назначенное лечение<sup>1</sup></li> </ul>
4	Выполнены 4 из перечисленных выше критериев
3	Выполнены 3 из перечисленных выше критериев

<sup>1</sup>обучающийся должен объяснить цель назначения для данного пациента, поскольку, например, бисопролол может быть назначен с гипотензивной, антиангинальной или антиаритмической целью.

**Таблица 6. Критерии оценки реферата или УИРС**

Оценка в баллах	Критерии оценки
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тема раскрыта полностью<sup>1</sup></li> <li>• отсутствуют фактические ошибки<sup>2</sup></li> <li>• представлены современные данные<sup>3</sup></li> <li>• использованы наиболее авторитетные источники информации<sup>4</sup></li> </ul>
4	Выполнены 3 из перечисленных выше критериев
3	Выполнены 2 из перечисленных выше критериев

<sup>1</sup>примером неполного раскрытия темы может быть отсутствие информации об аписабане в реферате «пероральные антикоагулянты»

<sup>2</sup>примером фактической ошибки может быть утверждение о возможности использования новых оральных антикоагулянтов при клапанной фибрилляции предсердий

<sup>3</sup>соответствующие последней версии национальных клинических рекомендаций

<sup>4</sup>национальные клинические рекомендации, обзоры в ведущих журналах или фундаментальные руководства

При невыполнении указанных критериев выставляется неудовлетворительная оценка (2), которая не входит в НСБ.

По завершении изучения раздела дисциплины, информация о посещаемости и успеваемости обучающихся заносится в электронный журнал кафедры, размещенный на

официальном сайте университета в разделе «кафедра госпитальной терапии» (<https://tvgmu.ru/kaf/p1129/>). Для доступа к электронному журналу каждый преподаватель кафедры отделом дистанционных форм обучения и телемедицины университета зарегистрирован на официальном сайте Google ([www.google.com](http://www.google.com)) в домене tvergma.ru. Логин и пароль для доступа к электронному журналу высылаются на электронную почту учебного доцента, с последующей рассылкой преподавателям кафедры. Для начала работы с электронным журналом каждый преподаватель кафедры должен открыть официальный сайт Google ([www.google.com](http://www.google.com), рис. 1), затем войти в персональный аккаунт, для чего необходимо в соответствующие поля вписать свой логин и пароль (рис. 2, 3).

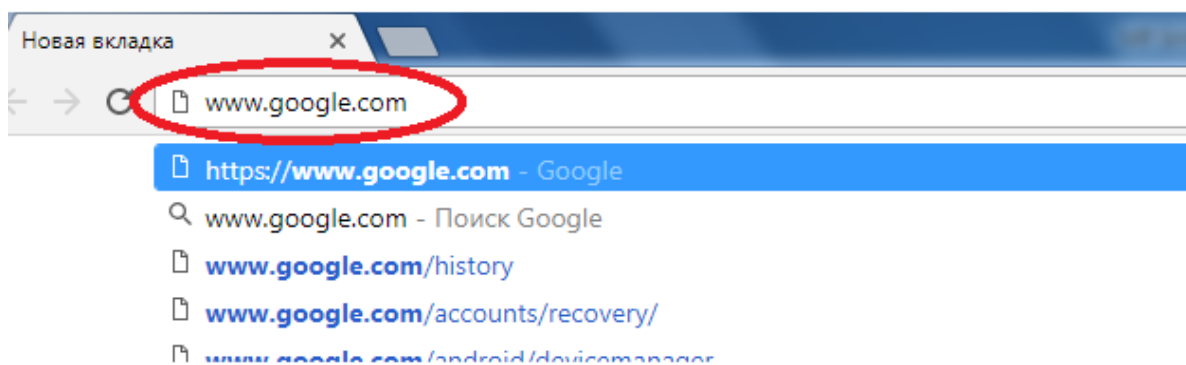


Рисунок 1. Доступ к электронному журналу

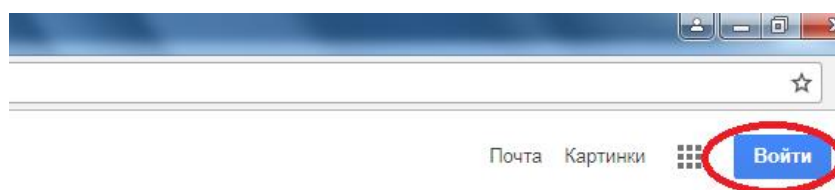


Рисунок 2. Вход в аккаунт

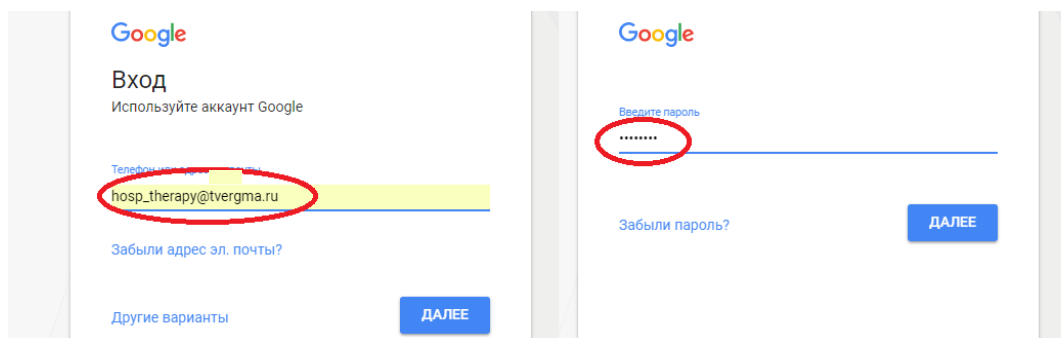


Рисунок 3. Вход в аккаунт

После входа в аккаунт становятся доступными приложения Google (рис. 4). Для доступа к электронному журналу необходимо выбрать Google таблицы (рис. 5).

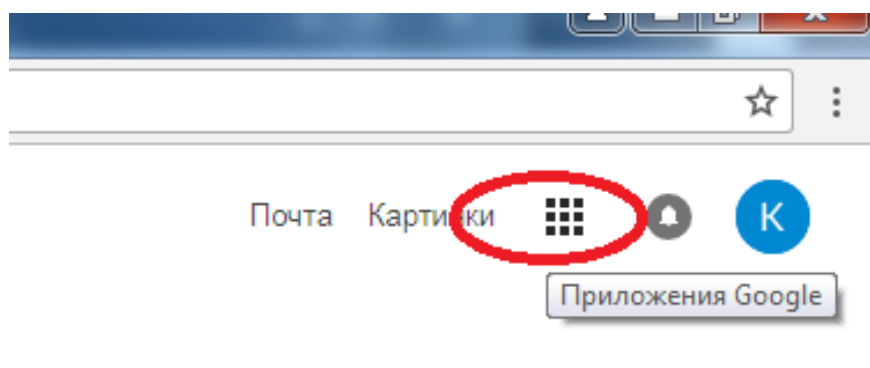


Рисунок 4. Выбор приложения Google

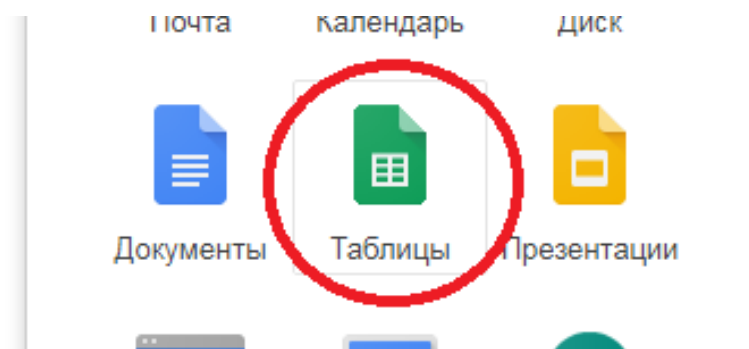


Рисунок 5. Выбор Google таблицы.

После этого становятся доступными два электронных журнала кафедры (рис. 6), за предшествующий и за текущий учебный год. Электронный журнал ведется с 9-го по 12-й семестр и включает четыре листа: «Отечественные студенты», «Лекции (отечественные студенты)», «Иностранные студенты», «Лекции (иностранные студенты)» (рис. 7).

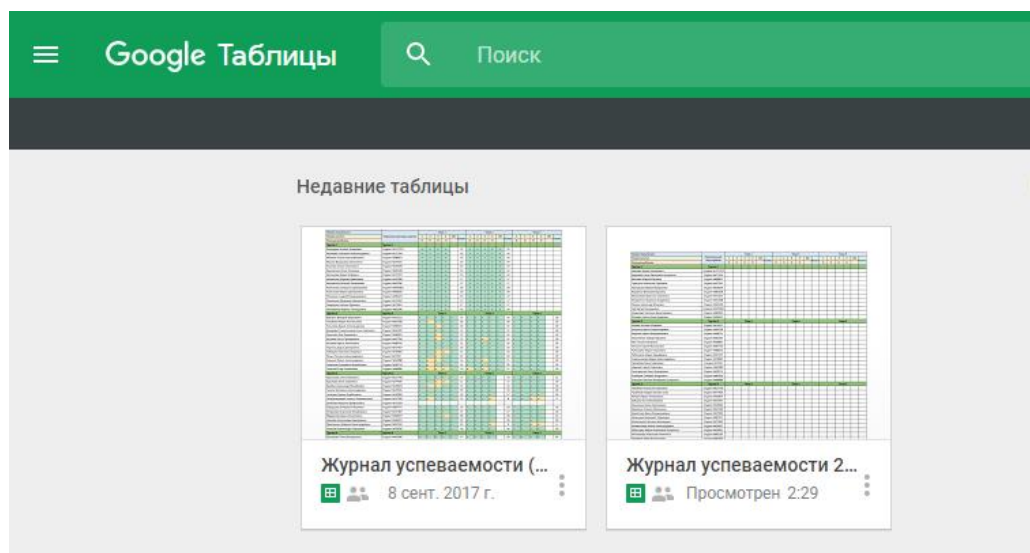


Рисунок 6. Электронные журналы кафедры

16		Студент №96423																	
17	Группа 2	Группа 2	Тема 1								Тема 2								
18		Студент №16515																	
19		Студент №63338																	
20		Студент №98231																	
21		Студент №92397																	

+ ≡ Отечественные студенты ▾ Лекции (отечественные студенты) ▾ Иностранные студенты ▾ Лекции (иностранные студенты) ▾

Рисунок 7. Листы электронного журнала

В электронном журнале каждый студент имеет персональный номер, который в обязательном порядке под подпись получает на кафедре. Добавление преподавателем данных в электронный журнал должно проводиться не позднее одной недели после завершения изучения раздела дисциплины. В листах «Отечественные студенты» и «Иностранные студенты» преподавателем отмечается посещаемость и вносится сумма заработанных при изучении темы баллов. Листы «Лекции (отечественные студенты)» и «Лекции (иностранные студенты)» заполняются учебным доцентом кафедры. Добавление информации о посещении лекций и о количестве заработанных при решении заданий в тестовой форме баллов осуществляется в течение одной недели после проведения лекции.

Занятия в кафедральном или общеуниверситетском компьютерном классе (рис. 8) проводятся в учебное время в соответствии с расписанием, как правило в конце раздела дисциплины. Обучающиеся имеют возможность решить до 10 ситуационных задач. За каждую верно решенную задачу к НСБ добавляется 1 балл.

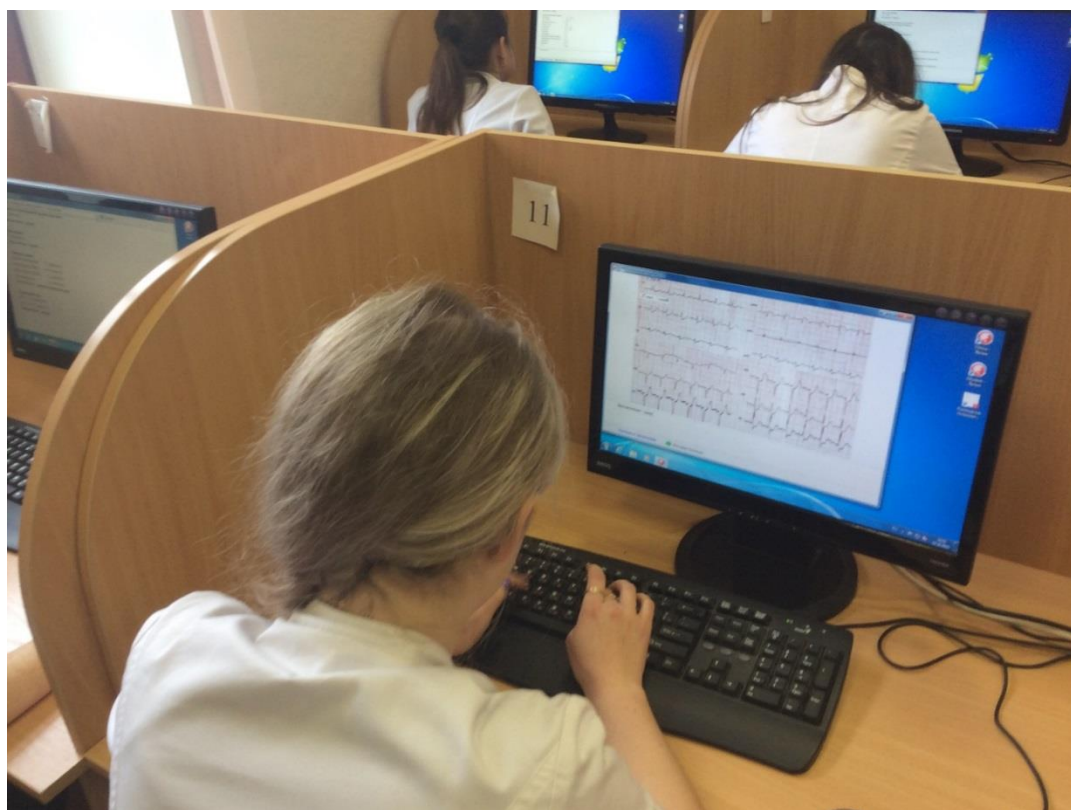


Рисунок 8. Решение ситуационных задач в компьютерном классе

## 2.2 Техническое обеспечение занятий в компьютерном классе

Для работы в компьютерном классе используется приложение xStudent, предусматривающее регистрацию обучающихся и учет решенных ими задач. Решение задачи начинается с анализа предъявляемых пациентом жалоб и анамнеза заболевания. (рис. 9). Вся остальную диагностически значимую информацию о пациенте можно получить, используя меню исследований (рис. 10 и 11). Например, в ходе объективного

исследования можно получить информацию о результатах общего осмотра, которая будет представлена в текстовой форме (рис. 12). Представляя результат исследования, программа просит написать заключение, которое заносится в историю болезни. Результаты исследования могут быть представлены не только в текстовой, но и в графической форме, а также в виде аудио- или видеозаписи. В рассматриваемой ситуации обучающийся может прослушать звуки дыхания в различных отделах легких (рис. 13) и сопоставить аускультативную картину с рентгенограммой (рис. 14).

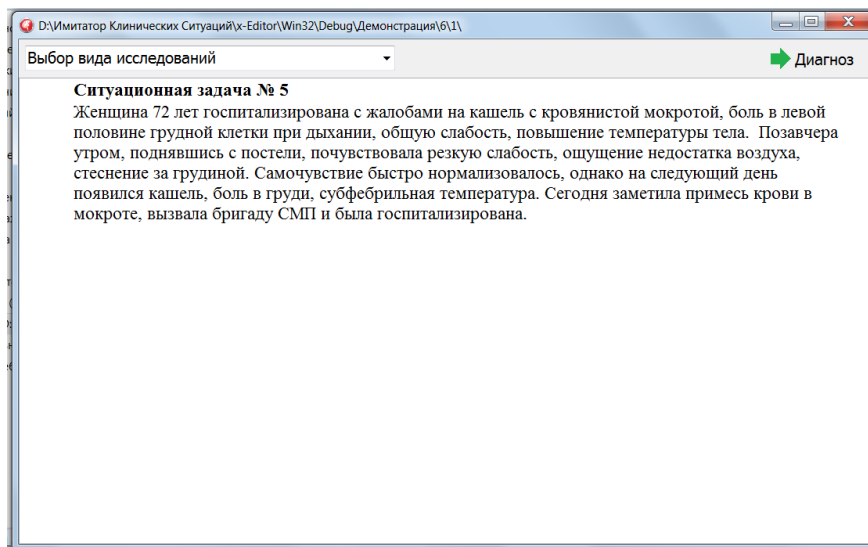


Рисунок 9. Описание клинической ситуации

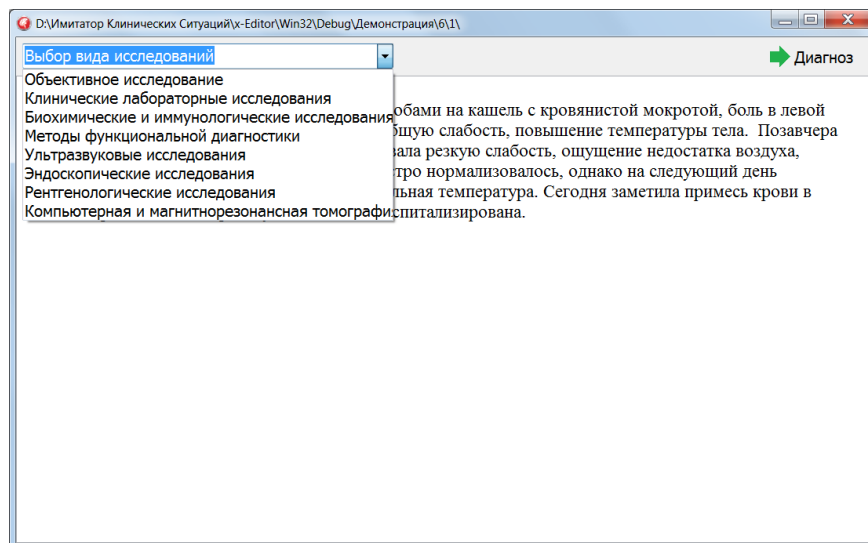


Рисунок 10. Выбор вида исследований



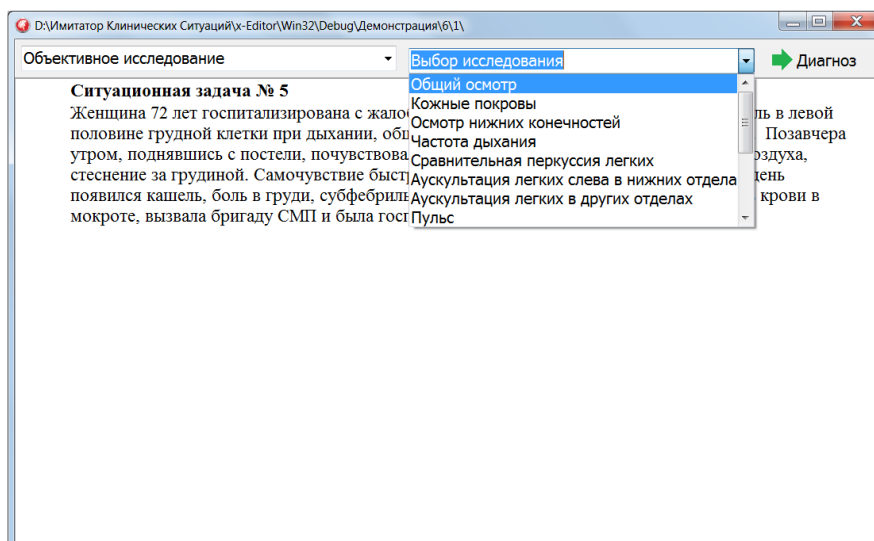


Рисунок 11. Выбор исследования

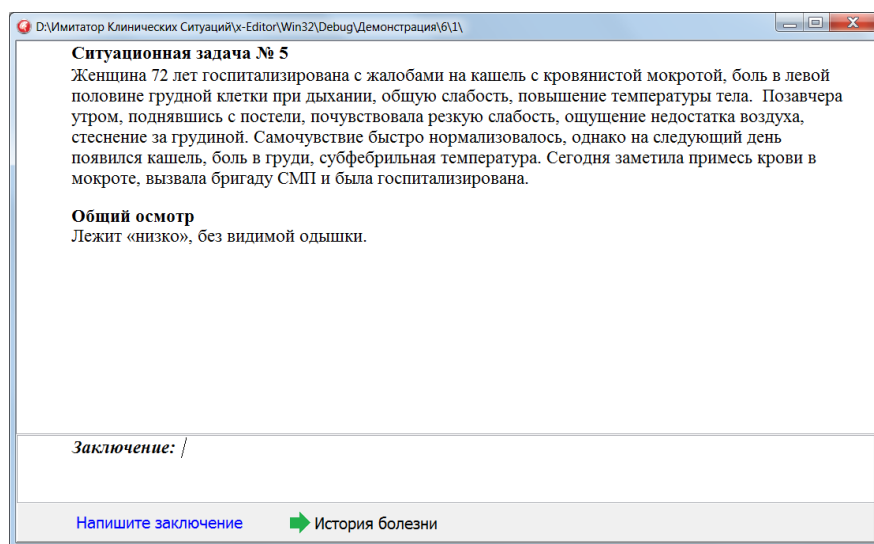


Рисунок 12. Запрос на интерпретацию результата исследования

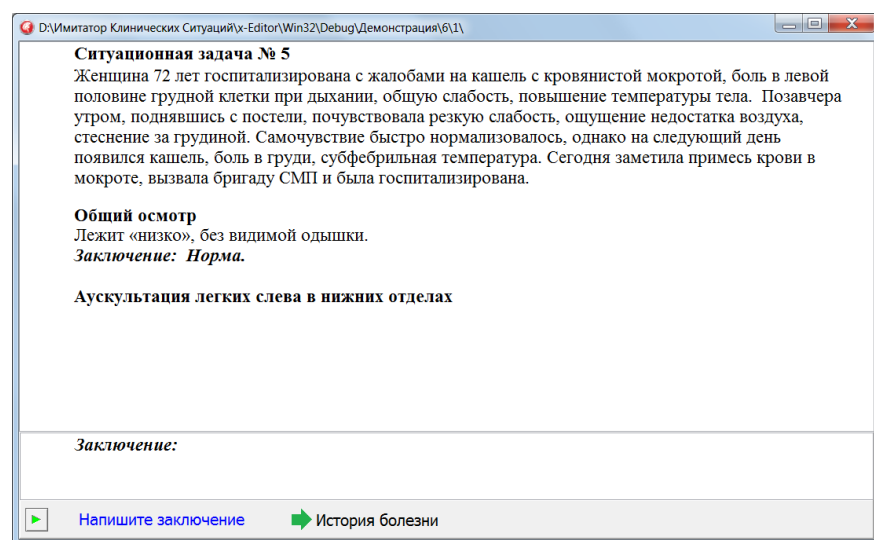


Рисунок 13. Представление результата в виде аудиозаписи

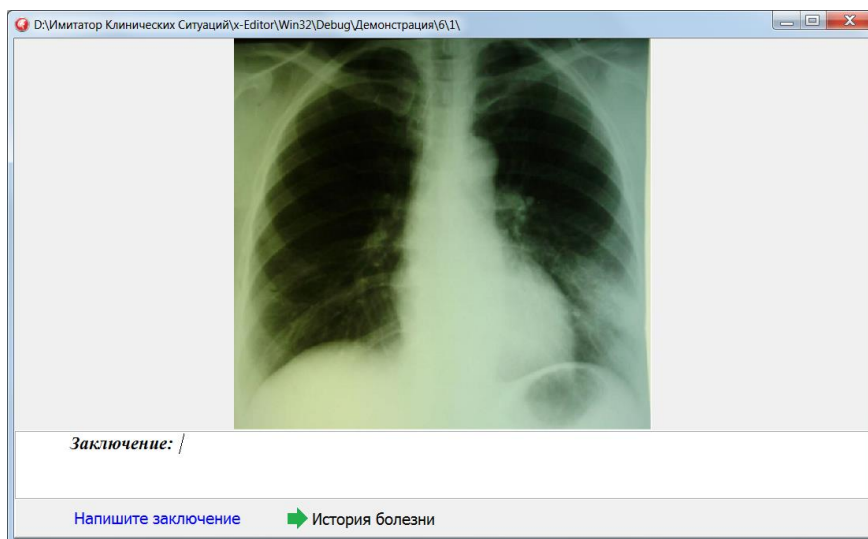


Рисунок 14. Графическое представление результата исследования

Завершив обследование обучающийся оформляет диагноз и переходит к лечению (рис. 15 и 16).

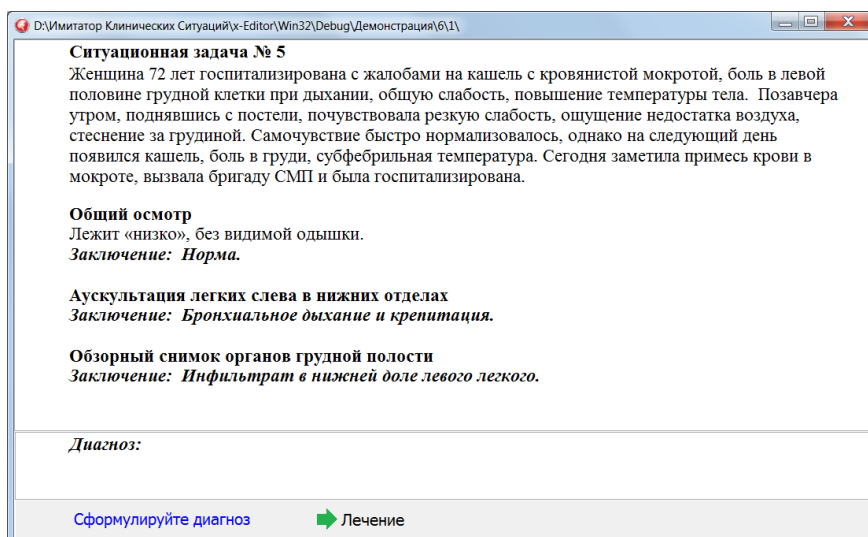


Рисунок 15. Оформление диагноза

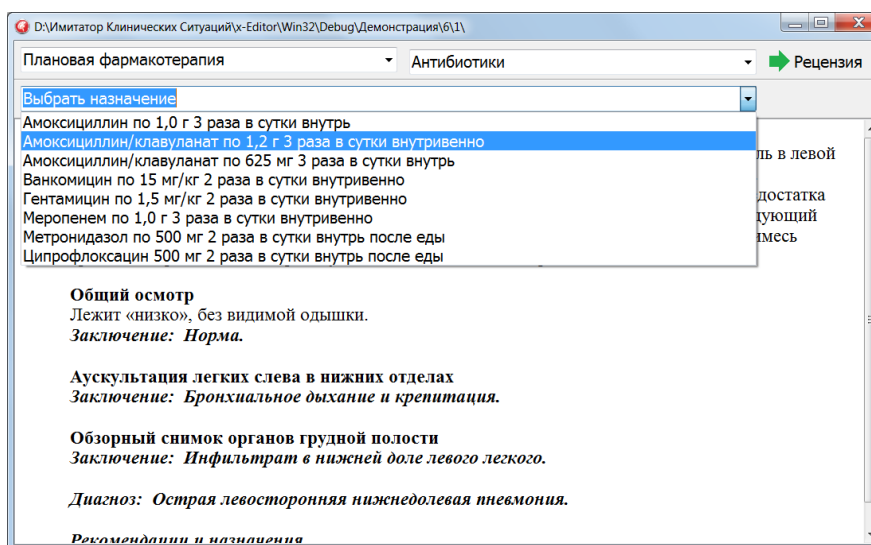


Рисунок 16. Выбор назначений

На заключительном этапе работы обучающемуся предоставляется возможность сравнить свое решение с эталоном. Каждое из проведенных исследований оценивается

как информативное или неинформативное, каждое назначение — как показанное, не показанное или противопоказанное (рис. 17). Рассчитывается эффективность и информативность обследования, а также эффективность лечения, указывается, какие из информативных исследований не были проведены и какие из показанных назначений не назначены. Приводятся эталоны заключений по результатам исследований и эталонный клинический диагноз. Такая информация позволяет обучаемому понять, какие ошибки им были допущены, и избежать их при повторном решении задачи. Тем самым формируется навык выбора оптимальной лечебно-диагностической тактики в тех или иных клинических ситуациях.

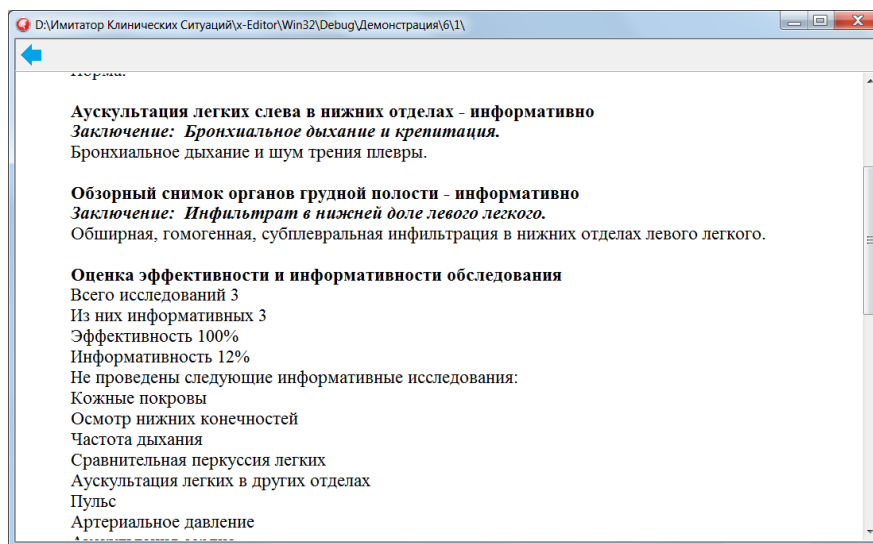


Рисунок 17. Отрецензированная история болезни

Предоставление информации о пациенте и оценка действий обучающихся проводится в соответствии со сценарием ситуационной задачи, один из которых представлен ниже.

Поздняя нозокомиальная (инфарктная) пневмония в средней доле правого легкого. Тромбоэмболия легочной артерии низкого риска. ГБ II стадии, АГ 1 степени, ГЛЖ, дислипидемия, высокий риск осложнений.

#### Ситуационная задача № 6

Мужчине 69 лет неделю назад выполнена операция на предстательной железе.

Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент готовился к выписке. Однако вчера во второй половине дня появилась общая слабость и субфебрильная температура. Ночь спал плохо из-за кашля и ощущения недостатка воздуха.

#### ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1. Общий осмотр - 5: Возможный признак легочной недостаточности.
- 1. Кожные покровы - 7: Признак лихорадки.
- 1. Осмотр нижних конечностей
- 1. Частота дыхания - 3: Умеренное тахипноэ.
- 1. Сравнительная перкуссия легких - 3: Легочный инфильтрат или плевральный выпот справа.
- 1. Аускультация легких справа в нижних отделах - 2: Бронхиальное дыхание.
- 1. Аускультация легких в других отделах
- 1. Пульс - 4: Умеренная тахикардия.
- 1. Артериальное давление - 4: АГ 1 степени.
- 0. Аускультация сердца
- 1. Пальпация глубоких вен нижних конечностей
- 1. Осмотр языка - 4: Умеренная дегидратация организма.
- 0. Пальпация живота
- 0. Пальпация печени
- 1. Температура тела - 3: Умеренная лихорадка.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови - 8: Тяжелое бактериальное воспаление: резко выраженный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и относительной лимфопенией, выраженное увеличение СОЭ.

1. Общий анализ мочи

0. Лейкоцитарная формула мокроты

## БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

0. Белок общий

0. Билирубин

1. Глюкоза капиллярной крови натощак

1. Д-димер (высокочувствительный тест) - 2: Положительный тест - признак тромбоза.

0. Калий

1. Креатинин

0. Протромбиновый индекс

1. Трансаминазы

1. Тропониновый тест (качественное определение)

1. Холестерин - 3: Гиперхолестеринемия.

0. Щелочная фосфатаза

## МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

1. Стандартная ЭКГ покоя - 21: Синусовый ритм, горизонтальное направление электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. Инверсия зубца Т в III, aVF, V1-V5.

1. Предыдущая ЭКГ - 8: Синусовый ритм, горизонтальное направление электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

0. Холтеровское мониторирование

0. Спирометрия

1. Пульсоксиметрия - 2: Дыхательная недостаточность 1 степени.

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Эхокардиография - 18: Небольшая ГЛЖ с НДФ 1 степени. Расширение ствола ЛА.

0. УЗИ органов брюшной полости

0. УЗИ почек

1. УЗИ сосудов нижних конечностей - 3: Тромбоз глубоких вен левой нижней конечности.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

0. Эзофагогастродуоденоскопия

0. Фибробронхоскопия

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Обзорный снимок органов грудной полости - 2: Очагово-фокусная инфильтрация сливного характера в нижнемедиальном отделе правого легочного поля.

0. Обзорный снимок органов брюшной полости

0. Обзорный снимок мочевыделительной системы

0. Исследование пищевода и желудка с контрастированием

## КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТНОРЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ

1. Мультиспиральная компьютерная ангиопульмонография - 3: Правосторонняя сегментарная ТЭЛА.

0. Компьютерная томография органов брюшной полости

## НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

### Обезболивание

0. Метамизол натрия 50% - 5,0 внутривенно

0. Морфин до 10 мг внутривенно дробно

### Антиангинальная терапия

0. Нитроглицерин 0,5 мг под язык до 3 раз с интервалом 5 мин

0. Нитроглицерин внутривенно 10–200 мкг/мин под контролем АД

0. Метопролол по 5 мг внутривенно каждые 2–3 мин до общей дозы 15 мг

0. Пропранолол 40 мг под язык

### Противошоковая терапия

0. Добутамин внутривенно 5–20 мкг/кг/мин

- 0. Допамин внутривенно 2–20 мкг/кг/мин
- 0. Изотонический раствор внутривенно 20 мл/мин

#### Антиастматическая терапия

- 1. Дыхание 100% кислородом
- 0. Сальбутамол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение часа
- 0. Фенотерол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение часа
- 0. Фуросемид 80 мг внутривенно болюсом

#### Антитромботическая терапия

- 0. Ацетилсалициловая кислота 250 мг разжевать
- 0. Клопидогрел 300 мг внутрь
- 0. Тенектеплаза 30 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 35 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 40 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 45 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 50 мг внутривенно болюсом
- 1. Эноксапарин 30 мг внутривенно болюсом

### ПЛАНОВАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ

#### Антибиотики

- 0. Азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки внутривенно
- 0. Амоксициллин/клавуланат по 1,2 г 3 раза в сутки внутривенно
- 0. Амоксициллин/клавуланат по 625 мг 3 раза в сутки внутрь
- 0. Гентамицин по 1,5 мг/кг 2 раза в сутки внутривенно
- 0. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки внутрь
- 1. Меропенем по 1,0 г 3 раза в сутки внутривенно
- 0. Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь после еды
- 0. Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки внутрь после еды

#### Противовоспалительные средства

- 0. Дексаметазон 16 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно
- 0. Диклофенак 75 мг 1 раз в сутки внутримышечно
- 0. Метилпреднизолон 8 мг 1 раз в сутки внутрь после завтрака
- 0. Метотрексат 10 мг 1 раз в неделю внутримышечно
- 0. Преднизолон внутрь 20 мг после завтрака 10 мг после обеда
- 0. Преднизолон внутрь 40 мг после завтрака 20 мг после обеда

#### Диуретики

- 0. Ацетазоламид 250 мг утром через день внутрь
- 0. Гидрохлортиазид 25 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Индапамид 2,5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Спиронолактон 25 мг 1 раз в день внутрь до еды
- 0. Торасемид 10 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Фуросемид 100 мг 1 раз в день внутривенно
- 0. Фуросемид 40 мг 1 раз в день внутрь

#### Средства, влияющие на свертываемость крови

- 0. Ацетилсалициловая кислота 100 мг 1 раз в сутки
- 0. Клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки
- 0. Апиксабан 2,5 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Апиксабан 5 мг 2 раза в день внутрь
- 1. Варфарин 5 мг внутрь вечером после еды
- 0. Ривароксабан 15 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Ривароксабан 20 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Эноксапарин 1 мг/кг 2 раза в день подкожно
- 0. Аминокапроновая кислота 5% – 100 мл, внутривенно капельно
- 0. Этамзилат натрия 12,5% – 2 мл внутривенно 3 раза в сутки

#### Спазмолитические средства

- 0. Дротаверин 40 мг 3 раза в сутки внутрь за полчаса до еды
- 0. Пентоксифиллин 100 мг внутривенно капельно 1 раз в день

- 0. Сальбутамол 100 мкг ингаляторно по потребности
- 0. Сальметерол по 25 мкг ингаляторно 2 раза в сутки
- 0. Фенотерол 100 мкг ингаляторно по потребности

#### Сердечно-сосудистые средства

- 1. Бисопролол 10 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Дигоксин 0,25 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Изосорбида динитрат 40 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Розувастатин 10 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Розувастатин 20 мг 1 раз в день внутрь

#### Средства для лечения пищеварительной системы

- 0. Висмута трикалиядицитрат 240 мг 2 раза в день внутрь за 30 минут до еды
- 0. Гепабене 1 капсула 3 раза в день внутрь за полчаса до еды
- 0. Метформин 1000 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь за 30 минут до еды
- 0. Урсодезоксихолевая кислота 250 мг 4 раза в сутки внутрь за полчаса до еды
- 0. Фосфоглив 2 капсулы 3 раза в день во время еды
- 0. Энтерол по 1 капсуле 2 раза в сутки, между едой

#### Лекарственные средства разных групп

- 1. Бромгексин 8 мг 3 раза в день внутрь
- 0. Железа сульфат+Аскорбиновая кислота по 1 таблетке 2 раза в сутки
- 0. Железо III в форме гидроксид сахарозного комплекса по 100 мг внутривенно 2 раза в неделю
- 0. Канефрон Н по 2 таблетки 3 раза в день
- 0. Фолиевая кислота по 2 мг 2 раза в день

### РЕКОМЕНДАЦИИ

#### Физическая активность

- 0. Соблюдать строгий постельный режим
- 1. Соблюдать постельный режим с присаживанием на прикроватный табурет
- 0. Соблюдать постельный режим с выходом в туалет и столовую

#### Коррекция водно-солевого баланса

- 0. Употреблять жидкость в объеме, на 400 мл превышающем диурез за прошедшие сутки
- 1. Употреблять в сутки не менее 2 л жидкости

### НАБЛЮДЕНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ

#### Наблюдение

- 1. Постоянное наблюдение
- 0. Ежедневное наблюдение
- 0. Повторный осмотр через 3-4 дня

#### Направление

- 0. Направление на плазмаферез
- 0. Направление к инфекционисту для решения вопроса о противовирусной терапии
- 1. Направление к флебологу

Сценарии ситуационных задач подготовлены наиболее компетентными сотрудниками кафедры госпитальной терапии в строгом соответствии с действующими стандартами медицинской помощи клиническими рекомендациями по диагностике и лечению внутренних болезней.

### **2.3. Начисление баллов за решение заданий в тестовой форме**

Для контроля исходного уровня знаний на клинических практических занятиях наряду или вместо опроса обучающихся может использоваться решение 5 заданий в тестовой форме с возможностью выбора одного или нескольких правильных вариантов ответа. Время работы — 5 минут. Задание признается решенным, если обучающийся

указал все верные ответы и не указал ни одного неверного. За каждое решенное задание обучающийся получает 1 балл. Информация о числе набранных таким образом баллов передается учебному доценту кафедры по завершению раздела дисциплины или нескольких тематически близких разделов.

Промежуточный контроль усвоения теоретических знаний с помощью решения заданий в тестовой форме проводится на предпоследнем занятии раздела дисциплины или нескольких тематически связанных разделов. Для решения предлагается 10 заданий по каждому разделу, время работы — 1 минута на задание. Уровень теоретических знаний признается достаточным, если обучающийся правильно решил более 70 % заданий. В этом случае к НСБ прибавляется число баллов, равное числу решенных заданий.

Обучающиеся, правильно решившие не более 70 % заданий, проходят повторное тестирование в интерактивном режиме по графику отработок. После прохождения промежуточного контроля к НСБ добавляется число баллов, равное числу решенных заданий.

#### **2.4. Техническое обеспечение контроля знаний путем решения заданий в тестовой форме**

Сотрудниками кафедры подготовлены 565 заданий в тестовой форме, предполагающих выбор одного или нескольких правильных ответов. В качестве примера ниже представлены 10 заданий в тестовой форме из раздела «Артериальная гипертензия».

1. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 150/105 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) 1 степени
- 2) 2 степени\*
- 3) 3 степени
- 4) изолированной систолической (ИСАГ)

2. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 185/95 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) 1 степени
- 2) 2 степени
- 3) 3 степени\*
- 4) изолированной систолической (ИСАГ)

3. ДИАГНОЗ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЕ, ЕСЛИ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПОЯВИЛАСЬ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до 30 лет\*
- 2) 30–45 лет
- 3) 45–60 лет
- 4) после 60 лет\*

4. САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) заболевания надпочечников
- 2) заболевания почек\*
- 3) атеросклероз почечных артерий
- 4) коарктация аорты

5. О РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ

- 1) протеинурия\*
- 2) микрогематурия\*
- 3) гипокалиемия
- 4) изогипостенурия\*

6. О ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ

- 1) протеинурия
- 2) выраженное различие размеров почек\*
- 3) кризовое течение заболевания
- 4) центральный тип ожирения

1. О ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ

- 1) выявление артериальной гипертензии до 20-й недели беременности

- 2) выявление артериальной гипертензии после 20-й недели беременности\*
  - 3) протеинурия
  - 4) замедление развития плода
2. О ПРЕЭКЛАМПСИИ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ
- 1) выявление артериальной гипертензии до 20-й недели беременности
  - 2) выявление артериальной гипертензии после 20-й недели беременности\*
  - 3) протеинурия\*
  - 4) замедление развития плода\*
3. К ПОРАЖЕНИЯМ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) транзиторная ишемическая атака
  - 2) бессимптомное поражение магистральных артерий\*
  - 3) дислипидемия
  - 4) гипертрофия левого желудочка\*
4. К ФАКТОРАМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОТНОСЯТСЯ
- 1) возраст старше 55 лет у мужчин и 65 лет у женщин\*
  - 2) нестенозирующий коронарный атеросклероз
  - 3) курение\*
  - 4) абдоминальный тип ожирения\*
5. РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШЕГО КОРОНАРНУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ, РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК
- 1) низкий
  - 2) умеренный
  - 3) высокий
  - 4) очень высокий\*

Все 565 заданий в тестовой форме внесены в базу данных программы Inspector (рис. 18), которая позволяет проводить тестирования как в интерактивном режиме, так и в письменной форме, оперируя заданиями в тестовой форме в одном или несколькими верными ответами.

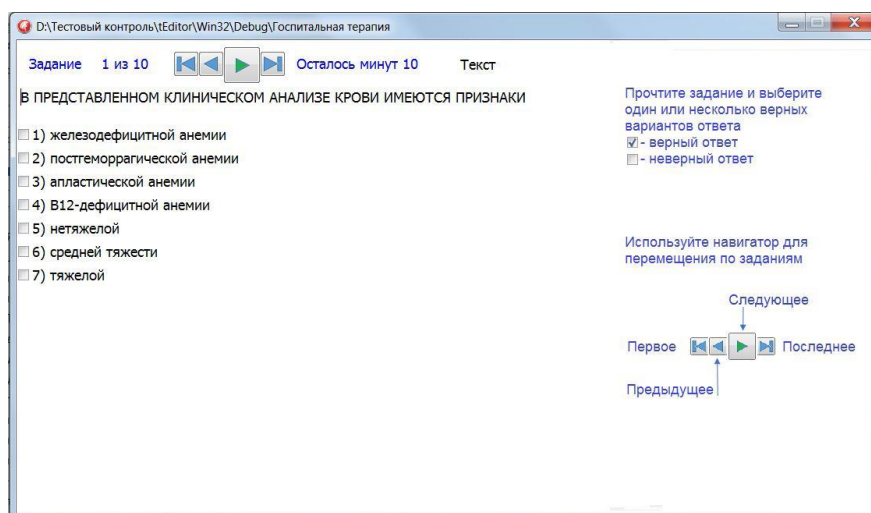


Рисунок 18. Окно для интерактивного тестирования и ввода ответов на задания в письменной форме

В интерактивном режиме возможно использование заданий с прикрепленными видеозаписями (рис. 19), рисунками (ЭКГ, рентгенограммы, результаты лабораторных исследований) и аудиозаписями (звуки сердца и легких).

По завершению работы программа формирует отчет, который может быть распечатан (рис. 20). В отчете представлены задания в тестовой форме, варианты ответов и выбор обучающегося. Отмечаются допущенные тестируемым ошибки, рассчитывается число верных ответов и верно решенных заданий.



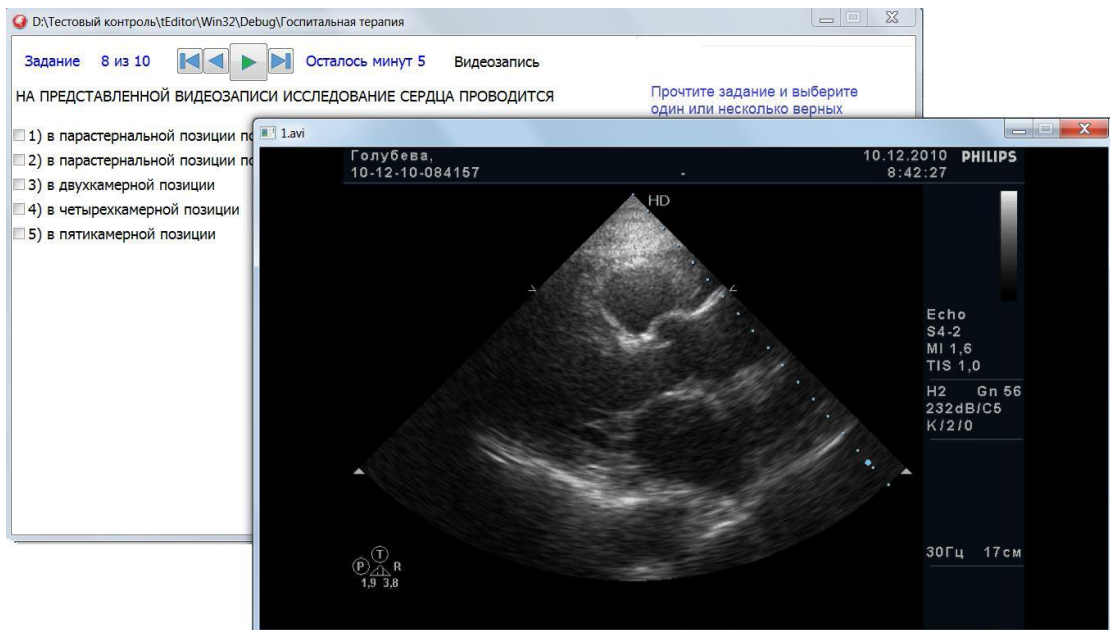


Рисунок 19. Задание в тестовой форме с прикрепленной видеозаписью эхокардиографического исследования

Кафедра госпитальной терапии ТГМА  
Итоговая аттестация по дисциплине "Госпитальная терапия" 30.08.2014

Иванов Иван Иванович  
Группа: 603

Тестовый контроль знаний по темам: ЭКГ (bmp), Эхокардиография (avi), Звуки сердца (mp3), Лабораторные исследования (rtf), Артериальная гипертензия.  
Из 10 заданий теста правильно выполнено 7 (70 %)  
Из 47 вариантов ответов правильно выбрано 39 (83 %)

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ  
(выбор аттестуемого|верный выбор)

1. В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) ослабление первого тона -|-
- 2) хлопающий первый тон +|+
- 3) систолический шум -|-
- 4) диастолический шум +|+

2. В ПРЕДСТАВЛЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ

- 1) железодефицитной анемии -|-
- 2) постгеморрагической анемии -|-
- 3) апластической анемии -|-
- 4) В12-дефицитной анемии +|+
- 5) нетяжелой -|-
- 6) средней тяжести -|-
- 7) тяжелой +|+

3. СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 150/105 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) 1 степени -|-
- 2) 2 степени +|+
- 3) 3 степени -|-
- 4) изолированной систолической (ИСАГ) -|-

4. НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВИДЕОЗАПИСИ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

- 1) в парастернальной позиции по короткой оси левого желудочка -|-
- 2) в парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка -|-
- 3) в двухкамерной позиции -|-
- 4) в четырехкамерной позиции -|-
- 5) в пятикамерной позиции +|+

5. ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) ослабление первого тона +|- ОШИБКА
- 2) акцент второго тона -|- ОШИБКА
- 3) систолический шум +|- ОШИБКА
- 4) диастолический шум -|-

Страница 1 из 2

Итоговая аттестация по дисциплине "Госпитальная терапия" 30.08.2014  
Иванов Иван Иванович

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МОГУТ БЫТЬ НАЗНАЧЕНЫ

- 1) бета-адреноблокаторы +|+
- 2) дигидропиридиновые антагонисты кальция +|- ОШИБКА
- 3) недигидропиридиновые антагонисты кальция -|-
- 4) ингибиторы АПФ +|+

7. В ОБЛАСТИ ВЕРХУШКИ СЕРДЦА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) ослабленный первый тон -|- ОШИБКА
- 2) хлопающий первый тон +|- ОШИБКА
- 3) систолический шум -|- ОШИБКА
- 4) диастолический шум +|- ОШИБКА

8. НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВИДЕОЗАПИСИ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

- 1) в парастернальной позиции по короткой оси левого желудочка -|-
- 2) в парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка +|+
- 3) в двухкамерной позиции -|-
- 4) в четырехкамерной позиции -|-
- 5) в пятикамерной позиции -|-

9. НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ВИДЕОЗАПИСИ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА ПРОВОДИТСЯ

- 1) в парастернальной позиции по короткой оси левого желудочка -|-
- 2) в парастернальной позиции по длинной оси левого желудочка -|-
- 3) в двухкамерной позиции +|+
- 4) в четырехкамерной позиции -|-
- 5) в пятикамерной позиции -|-

10. НА ПРЕДСТАВЛЕННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ ИМЕЮТСЯ ПРИЗНАКИ

- 1) гипертрофии левого желудочка +|+
- 2) гипертрофии правого желудочка -|-
- 3) блокады левой ножки пучка Гиса -|-
- 4) блокады правой ножки пучка Гиса -|-
- 5) атриовентрикулярной блокады +|+

Лимит времени - 10 мин, не использовано 0 мин  
Компьютерное тестирование провел(а) Орлов Ю.А.

Страница 2 из 2

Рисунок 20. Распечатанный отчет о результатах тестирования

Следует подчеркнуть, что сформированный программой отчет недоступен для редактирования, что делает его распечатанный вариант объективным доказательством оценки знаний обучающегося.

Для проведения тестирования в письменном виде программа позволяет подготовить индивидуальный набор заданий в тестовой форме для каждого обучающегося по указанным темам с заданным числом вопросов. Ответы тестируемых переносятся в компьютер через окно ввода (рис. 19) и обрабатываются также, как при интерактивном тестировании. При таком варианте тестирования возможно использование

только текстовых заданий в тестовой форме, которые и включены в базу данных для промежуточного контроля знаний.

## 2.5. Начисление дополнительных баллов

На каждой лекции студентам предлагается от 1 до 5 заданий в тестовой форме с одним или несколькими вариантами правильных ответов. За каждое решенное задание к НСБ 5 баллов. При отсутствии правильных ответов баллы за посещение лекции не начисляются.

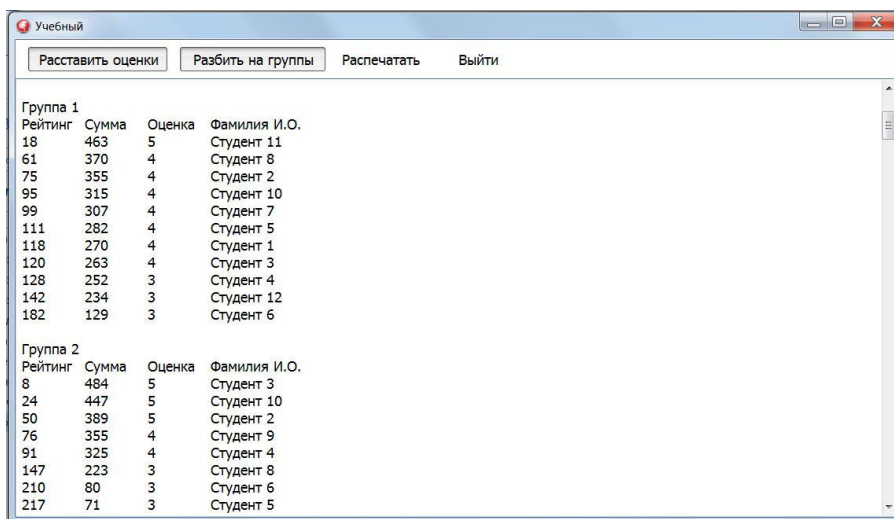
Дополнительные баллы начисляются за самостоятельное прохождение интерактивного курса «Интерпретация ЭКГ», подтвержденное успешной сдачей зачета. Зачет считается сданным если число правильных ответов не менее 70. В этом случае к НСБ добавляется число баллов, равное проценту правильных ответов.

За каждое посещение заседания кафедрального кружка СНО к НСБ добавляется 1 балл, за представленное на кружке сообщение (в том числе, реферативное) — 25 баллов, за вопрос, заданный в ходе обсуждения — 1 балл (не более 2 вопросов по сообщению), за исчерпывающий ответ на заданный вопрос — 5 баллов.

Устный или стендовый доклад на итоговой студенческой конференции оценивается в 50 баллов, призовые места— в 100 (третье место), 150 (второе место) и 200 (первое место) баллов. Стендовые доклады приравниваются к устным. Публикация в сборнике студенческих научных работ оценивается в 50 баллов. Начисленные баллы делятся поровну между соавторами сообщения, доклада или публикации.

## 2.6. Техническое обеспечение балльно-накопительной системы

Для хранения и обработки данных о числе набранных обучающимся баллов используется компьютерная программа, которая позволяет ранжировать список обучающихся и, в соответствии с заданными критериями, переводить НСБ в четырехбалльную оценку успеваемости (рис. 21). Все подготавливаемые программой списки могут быть распечатаны или перенесены на электронный носитель информации.



Группа 1			
Рейтинг	Сумма	Оценка	Фамилия И.О.
18	463	5	Студент 11
61	370	4	Студент 8
75	355	4	Студент 2
95	315	4	Студент 10
99	307	4	Студент 7
111	282	4	Студент 5
118	270	4	Студент 1
120	263	4	Студент 3
128	252	3	Студент 4
142	234	3	Студент 12
182	129	3	Студент 6

Группа 2			
Рейтинг	Сумма	Оценка	Фамилия И.О.
8	484	5	Студент 3
24	447	5	Студент 10
50	389	5	Студент 2
76	355	4	Студент 9
91	325	4	Студент 4
147	223	3	Студент 8
210	80	3	Студент 6
217	71	3	Студент 5

Рисунок 21. Результат перевода накопленной суммы баллов в академическую оценку успеваемости с привязкой обучающихся к их учебным группам

## 2.7. Оценка накопленной суммы баллов

Для перевода НСБ в четырехбалльную оценку успеваемости, обучающиеся ранжируются по убыванию рейтинговой суммы. Первые 10% обучающихся из ранжированного списка получают оценку «отлично», следующие 20% — «хорошо», последние 20% получают оценку «неудовлетворительно». Оценка «удовлетворительно» получают 50% студентов из средней части списка.

Оценка НСБ проводится в конце каждого семестра обучения. До сведения обучающихся результаты оценки доводятся путем их размещения на сайте университета (на странице кафедры госпитальной терапии). Результаты, полученные в IX и X семестрах обучения, носят чисто информационный характер, результаты XI семестра служат основанием для засчитывания их в качестве результата промежуточной аттестации по дисциплине в форме экзамена, результаты XII семестра — для засчитывания их в качестве результата промежуточной аттестации по дисциплине в форме зачета.

Обучающимся, получившим положительную оценку по результатам работы в IX–XI семестрах, оценка «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» выставляется в экзаменационную ведомость и в зачетную книжку. Обучающиеся, получившие положительную оценку, могут принять во втором и третьем этапах экзамена, если хотят улучшить свою экзаменационную оценку. Обучающиеся, получившие по результатам БНС неудовлетворительную оценку, подлежат промежуточной аттестации в форме экзамена.

Обучающимся, получившим положительную оценку по результатам работы в XII семестре, оценка «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» выставляется в зачетную ведомость и в зачетную книжку. Обучающиеся, получившие неудовлетворительную оценку по результатам БНС подлежат промежуточной аттестации в форме зачета.

### 3. Цель и процедура экзамена

Экзамен проводится с целью определения сформированности следующих компетенций:

- **ПК-6.** Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.
- **ПК-8.** Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Сформированность указанных компетенций предполагает наличие у обучающегося профессиональных знаний, практических навыков и навыков клинической работы. В связи с этим экзамен проводится в три этапа, первый из которых призван оценить знания обучающегося, второй — его практические навыки, третий — навыки клинической работы.

Знания обучающегося оцениваются по результатам решения заданий в тестовой форме, предполагающих один или несколько вариантов ответа. Примеры заданий в тестовой форме были представлены выше (раздел 2.3).

На экзамен выносятся следующие практические навыки:

1. Аускультация сердца
2. Аускультация легких
3. Интерпретация ЭКГ
4. Интерпретация результатов пробы с физической нагрузкой
5. Интерпретация обзорного снимка органов грудной и брюшной полостей
6. Интерпретация результатов рентгеноконтрастных исследований
7. Интерпретация результатов эндоскопических исследований
8. Интерпретация результатов ультразвуковых исследований
9. Интерпретация клинического анализа крови
10. Интерпретация биохимических исследований крови
11. Интерпретация общего анализа мочи

В качестве навыков клинической работы рассматриваются:

1. Выяснение в ходе беседы с пациентом его жалоб, истории заболевания и факторов риска, занесение полученной информации в электронную историю болезни.
2. Выдвижение диагностической гипотезы (предварительный диагноз) на основании информации о жалобах, истории заболевания и факторах риска.
3. Составление и обоснование оптимального плана обследования пациента.
4. Оформление и обоснование клинического диагноза.
5. Назначение лечения, соответствующего клиническому диагнозу.

### 3.1. Процедура проведения первого этапа экзамена

В первом этапе экзамена участвуют обучающиеся, которые по результатам БНС получили оценку «неудовлетворительно». Данный этап экзамена проводится по расписанию экзаменационной сессии в виде решения заданий в тестовой форме, допускающих один или более верных вариантов ответа. Для решения предлагается 50 заданий в тестовой форме по изученным к этому времени разделам дисциплины, время работы 50 минут.

Первый этап экзамена 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 экзамена. Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено», к следующему этапу экзамена не допускаются и подлежат переэкзаменовке.

### 3.2. Процедура проведения и техническое обеспечение второго этапа экзамена

Второй и третий этапы экзамена проводятся в период экзаменационной сессии в сроки, установленные учебным планом и расписанием сессии. К второму этапу допускаются обучающиеся, получившие на первом этапе экзамена оценку «зачтено», а также обучающиеся, которые по результатам БНС получили оценку «хорошо» или «удовлетворительно», но выразили желание ее повысить.

Экзаменуемый случайным образом выбирает билет, на котором указаны серия и номер ситуационной задачи, сотрудник кафедры (ординатор, аспирант), исполняющий роль пациента, возраст и пол последнего. В течение 15 минут обучающийся беседует с «пациентом», выясняя жалобы, историю заболевания и жизни. Сотрудник кафедры (ординатор, аспирант), исполняющий роль пациента, отвечает в соответствии со сценарием ситуационной задачи.

Далее экзаменуемый открывает электронную историю болезни, соответствующую серии и номеру ситуационной задачи, вводит в нее собранную в ходе беседы с «пациентом» информацию и предварительный диагноз. Для имитации электронной истории болезни используется компьютерная программа xExpertv режиме оценки навыков работы с пациентом (рис. 22).



Рисунок 22. Ввод информации о пациенте в электронную историю болезни

Дальнейшая работа с приложением xExpert ничем не отличается от работы с приложением xStudent, которое обучающиеся освоили во время занятий в компьютерном классе. Задачи, предлагаемые к решению на экзамене, выбраны из числа тех, которые ранее решались обучающимися на занятиях в компьютерном классе.

В отличие от приложения xStudent, приложение xExpert не позволяет решить задачу повторно. Отрецензированная история болезни распечатывается и передается экзаменационной комиссии, в которую входят не менее 2 сотрудников кафедры, причем хотя бы один из них должен иметь должность профессора или доцента.

### 3.3. Критерии оценки результатов второго этапа экзамена

Второй этап экзамена призван оценить практические навыки интерпретации результатов клинических, инструментальных и лабораторных исследований. Оценка проводится путем сравнения заключений, написанных обучающимся, с представленными в отрецензированной истории болезни эталонными заключениями. Интерпретация результата исследования признается верной, если написанное обучающимся заключение в целом соответствует эталонному заключению. Интерпретация признается неверной, если заключение обучающегося принципиально отличается от эталонного заключения.

При необходимости экзаменационная комиссия может задавать обучающемуся дополнительные вопросы и в зависимости от полученных ответов вносить коррективы в оценку написанного обучающимся заключения по результатам исследования.

Второй этап экзамена оценивается по двухбалльной системе: «выполнено» или «не выполнено». Если экзаменационная комиссия признает верно интерпретированными более половины из имеющихся в истории болезни исследований, то обучающийся получает оценку «зачтено» за второй этап экзамена и допускается к третьему этапу. В противном случае обучающийся получает оценку «не зачтено» за второй этап экзамена и оценку «неудовлетворительно» за экзамен. При этом оценка «неудовлетворительно» выставляется в экзаменационную ведомость.

### 3.4. Процедура проведения и критерии оценки третьего этапа экзамена

Третий этап экзамена становится непосредственным продолжением второго, если на втором этапе обучающийся получил оценку «зачтено». В ходе собеседования с обучающимся и анализа отрецензированной истории болезни экзаменационная комиссия оценивает пять навыков клинической работы:

- навык получения диагностически значимой информации при общении с пациентом и ее представления в истории болезни (коммуникативный навык),
- навык обоснования предварительного диагноза,
- навык проведения обследования,
- навык обоснования клинического диагноза,
- навык назначения соответствующего диагнозу лечения.

Оценка каждого из перечисленных навыков проводится по двухбалльной системе: «сдано» или «не сдано». Критерии выставления оценки «сдано» представлены в таблице 7.

**Таблица 7. Критерии оценки навыков клинической работы**

Навык	Критерии оценки «сдано»
общения и представления информации в истории болезни	внесенная в историю болезни запись о жалобах пациента, анамнезе заболевания и факторах риска содержит большую часть информации, необходимой для обоснования предварительного диагноза.
обоснования предварительного диагноза	обучающийся объяснил, какие из жалоб, особенностей анамнеза и факторов риска свидетельствуют в пользу предполагаемого диагноза
проведения обследования	назначено более половины информативных исследований, а число неинформативных исследований не превышает половины от общего числа

	назначенных исследований
обоснования клинического диагноза	обучающийся объяснил, результаты каких физикальных, инструментальных и лабораторных исследований свидетельствуют в пользу предполагаемого диагноза
назначения лечения	нет противопоказанных назначений, сделано более половины показанных медикаментозных назначений, а число непоказанных назначений не превышает половины от общего числа назначений

Итоговая экзаменационная оценка равна числу оценок «сдано», выставленных при оценке навыков клинической работы. 5 оценок «сдано» соответствуют итоговой оценке «отлично», 4 — «хорошо», 3 — «удовлетворительно», 2 и менее — «неудовлетворительно». В последнем случае экзаменационная комиссия имеет право задать дополнительные вопросы, призванные уточнить степень освоения обучающимся навыков клинической работы, и по результатам собеседования повысить итоговую оценку до «удовлетворительно».

Итоговая экзаменационная оценка выставляется в экзаменационную ведомость, а оценки «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно» и в зачетную книжку.

## 4. Приложения

### 4.1. Примеры оценки устного ответа на вопрос преподавателя

Вопрос: «С какой целью и какими лекарственными средствами проводится медикаментозное лечение стабильной стенокардии напряжения у больных ИБС?»

#### Отличный ответ (5 баллов):

— Медикаментозное лечение стенокардии напряжения у больных ИБС преследует три цели: улучшение качества жизни, предотвращение острых коронарных событий и замедление прогрессирования коронарного атеросклероза. Для улучшения качества жизни назначаются антиангинальные препараты, уменьшающие потребление миокардом кислорода и, тем самым, повышающие толерантность к физической нагрузке. К числу антиангинальных препаратов относятся бета-адреноблокаторы, которые являются средством выбора, антагонисты кальция, нитропрепараты и цитопротекторы. Для предотвращения острых коронарных событий, связанных с развитием коронарного тромбоза, назначаются антиагреганты. Препаратом выбора служит ацетилсалициловая кислота в низких дозах, а при ее непереносимости — клопидогрел. Для замедления прогрессирования коронарного атеросклероза применяются гиполипидемические средства, в первую очередь, статины.

#### Хороший ответ (4 балла):

— Цель лечения стенокардии напряжения — улучшение качества жизни и увеличение ее продолжительности. Для улучшения качества жизни назначают антиангинальные средства — нитраты, бета-адреноблокаторы или антагонисты кальция, которые препятствуют появлению приступов стенокардии. Увеличения продолжительности жизни можно добиться за счет профилактики внезапной смерти и инфаркта миокарда путем назначения ацетилсалициловой кислоты, которая препятствует развитию коронарного тромбоза (верно).

— Что является морфологическим субстратом ИБС и какие лекарственные препараты в связи с этим должны быть назначены?

— Морфологическим субстратом ИБС служит коронарный атеросклероз, для замедления прогрессирования которого следует назначить статины (верно).

#### Удовлетворительный ответ (3 балла):

- Для лечения стенокардии напряжения используют нитраты или бета-адреноблокаторы, которые уменьшают число приступов. Кроме того, назначают аспирин, чтобы предотвратить развитие инфаркта (верно).
- Какие еще препараты, кроме нитратов и бета-адреноблокаторов, уменьшают число приступов стенокардии?
- Ингибиторы АПФ (не верно).
- Что следует назначить вместо аспирина, если пациент его не переносит?
- Варфарин (не верно).
- Что является морфологическим субстратом ИБС?
- Коронарный атеросклероз (верно).
- Какие лекарственные средства используются для его лечения?
- Статины (верно).

#### 4.2. Примеры оценки интерпретации результатов исследований

Задание из практикума «Артериальная гипертензия»: «Интерпретируйте электрокардиограмму, представленную на рисунке 23»

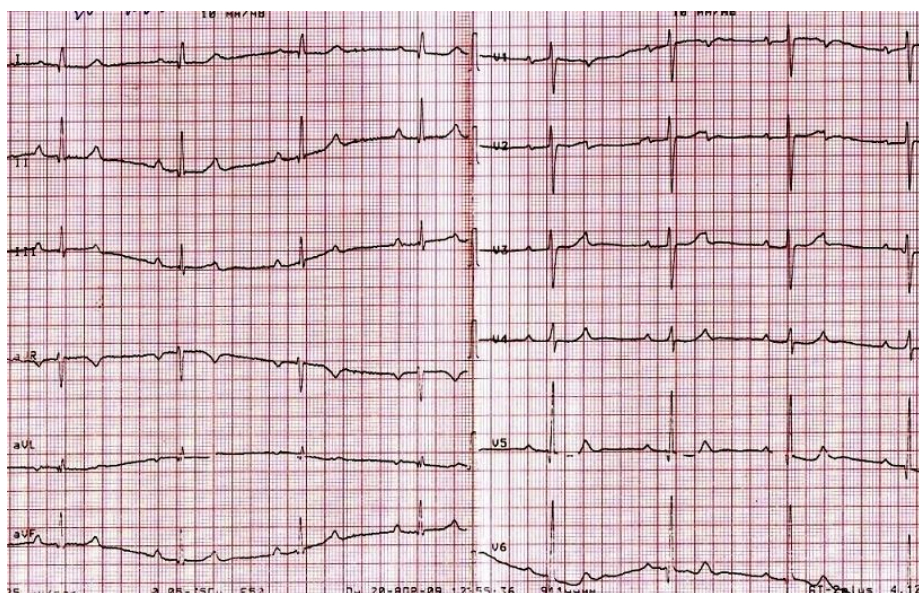


Рисунок 23. ЭКГ из практикума «Артериальная гипертензия»

##### Отличная интерпретация (5 баллов)

- Синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений 50 в 1 мин, атриовентрикулярная блокада I степени (интервал PQ равен 240 мс), правильное направление электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка (нарастание амплитуды зубца R от четвертого к шестому грудному отведению).

##### Хорошая интерпретация (4 балла)

- Синусовый ритм, правильное направление электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка (нарастание амплитуды зубца R от четвертого к шестому грудному отведению).
- С какой частотой сокращается сердце?
- 50 сокращений в минуту, то есть имеется синусовая брадикардия (верно).
- Чему равен интервал PQ?
- 240 мс, то есть имеется атриовентрикулярная блокада I степени (верно).

##### Удовлетворительная интерпретация (3 балла)

- Гипертрофия левого желудочка (верно).

- Какие признаки гипертрофии левого желудочка имеются на ЭКГ?
- Нарастание R от четвертого к шестому грудному отведению (верно).
- Какой ритм сердца?
- Правильный (формально верно, по сути — нет).
- Что является водителем ритма?
- Синусовый узел, значит синусовый ритм (верно).
- С какой частотой сокращается сердце?
- 50 в минуту (верно).
- Что это означает?
- Норма (не верно).
- Чему равен интервал PQ?
- 240 мс (верно).
- Что это означает?
- Норма (не верно).
- Как направлена электрическая ось?
- Горизонтально (не верно).

#### 4.3. Примеры оценки решения ситуационных задач из практикумов

Задание: сформулируйте диагноз в описанной ниже клинической ситуации.

Мужчина 73 лет жалуется на ощущение недостатка воздуха, которое возникло около 2 часов назад и резко усиливается при попытке лечь в постели. АД 170/100 мм рт. ст., ЧСС 85 в 1 мин. ЧД 26 в 1 мин., дыхание жесткое, хрипов нет. ЭКГ представлена на рисунке 24.

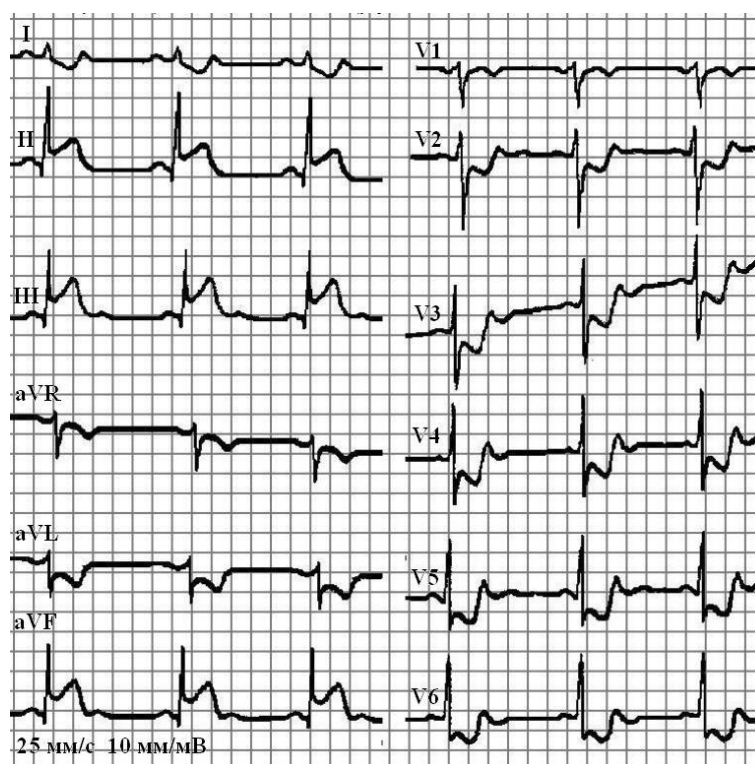


Рисунок 24. ЭКГ из практикума «Ишемическая болезнь сердца»

#### Отличное решение (5 баллов)

- ИБС. Острейшая стадия нижнего инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. Сердечная астма (верно).

#### Хорошее решение (4 балла)



- ИБС. Инфаркт миокарда в нижней стенке левого желудочка, осложненный сердечной астмой.
- Инфаркт миокарда в своем развитии проходит несколько стадий. Какая стадия, судя по ЭКГ, имеет место в данном случае?
- Острейшая стадия (верно).
- Что еще можно сказать об этом инфаркте, глядя на ЭКГ?
- Это инфаркт миокарда с подъемом ST (верно)

**Удовлетворительное решение (3 балла)**

- ИБС. Острый инфаркт миокарда.
- Инфаркт миокарда не бывает хроническим, но проходит в своем развитии несколько стадий. Какая стадия, судя по ЭКГ, имеет место в данном случае?
- Начальная стадия (не верно).
- Где локализуется инфаркт?
- В левом желудочке (верно).
- В каком его отделе?
- В передней стенке (не верно).
- Это инфаркт с подъемом или без подъема ST?
- С подъемом (верно).
- В каких отведениях имеется подъем ST?
- Во II, III и aVF (верно).
- Это отведения от какой стенки?
- От нижней. Это нижний инфаркт (верно).
- Что еще надо указать в диагнозе, судя по клинической картине?
- Ничего (неверно).

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций  
для текущего (в т.ч. рубежного) контроля успеваемости по итогам освоения разделов  
дисциплины**

**Профессиональная компетенция 6 (ПК-6)**

Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

**Типовые задания в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-6 на уровне «Знать»:**

**1. АНГИНОЗНЫЙ СТАТУС БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ НА ЭКГ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) тромбоэмболии легочной артерии\*
- 2) острого коронарного синдрома с подъемом ST
- 3) расслаивающей аневризмы аорты\*
- 4) острого коронарного синдрома без подъема ST\*

**2. НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИШЕМИИ НА ЭКГ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) острого коронарного синдрома с подъемом ST
- 3) расслаивающей аневризмы аорты
- 4) острого коронарного синдрома без подъема ST\*

**3. СОЧЕТАНИЕ АНГИНОЗНОГО СТАТУСА С ПРИЗНАКАМИ ТРАНСМУРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ**

- 1) нестабильной стенокардии
- 2) ОКС с подъемом сегмента ST\*
- 3) ОКС без подъема ST
- 4) инфаркта миокарда

**4. СОЧЕТАНИЕ ПРИСТУПА УДУШЬЯ С ПРИЗНАКАМИ СУБЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ**

- 1) тромбоэмболии легочной артерии
- 2) ОКС с подъемом ST
- 3) ОКС без подъема ST\*
- 4) спонтанного пневмоторакса

**5. ЭЛЕВАЦИЯ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ**

- 1) перикардите\*
- 2) синдроме ранней реполяризации желудочков\*
- 3) субэндокардиальной ишемии миокарда
- 4) трансмуральной ишемии миокарда\*

**Критерии оценки заданий в тестовой форме:**

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

**Типовые контрольные вопросы (на примере темы «Тромбоэмболия легочной артерии») для оценки результатов сформированности ПК-6 на уровне «Знать»:**

1. Диагностика ТЭЛА высокого риска.

2. Оценка клинической вероятности ТЭЛА невысокого риска.
3. Диагностика ТЭЛА невысокого риска.

**Критерии оценки при собеседовании по контрольным вопросам:**

5 баллов — исчерпывающий ответ получен без уточняющих вопросов преподавателя;  
4 балла — исчерпывающий ответ получен после уточняющих вопросов преподавателя;  
3 балла — получен неполный, неточный или частично неверный ответ, который не удалось улучшить с помощью уточняющих вопросов преподавателя (такой ответ должен быть дополнен, уточнен и исправлен другим обучающимся).

**Типовые ситуационные задачи для оценивания результатов сформированности ПК-6 на уровне «Уметь»:**

1. У мужчины 47 лет при профилактическом медицинском осмотре выявлено повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Установлено, что пациент курит на протяжении 30 лет. Отец пациента умер от мозгового инсульта в возрасте 51 года, у матери в 50-летнем возрасте выявлена артериальная гипертензия. Назначено обследование и повторный осмотр через 7 дней. При повторном осмотре пациент жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, обычного питания (рост 175, вес 81 кг, окружность талии 91 см). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, периферических отеков нет. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд/мин., АД 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, почки не пальпируются.

**Вопрос:** Сформулируйте и обоснуйте диагноз в описанной ниже клинической ситуации в зависимости от результатов дополнительных методов исследования.

2. У представленных ниже пациентов диагностирована артериальная гипертензия.
  - 1) Юноша 16 лет. Артериальная гипертензия выявлена на военно-врачебной комиссии.
  - 2) Девушка, 17 лет. Артериальная гипертензия выявлена при профилактическом медицинском осмотре. Вдоль левого края грудины и в межлопаточном пространстве выслушивается систолический шум.

**Вопросы:** У кого из них можно думать о гипертонической болезни, а у кого о симптоматической артериальной гипертензии? Почему? Какие исследования необходимы для подтверждения предполагаемого диагноза? Каких результатов можно ожидать?

3. Мужчина 62 лет госпитализирован с диагнозом: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2 года назад), ХСН IIБ стадии, III ФК. Назначено лечение: дигоксин 0,5 мг утром, фуросемид 40 мг утром, нитросорбид 10 мг 3 раза в день, аспирин 250 мг 1 раз в день, розувастатин 10 мг 1 раз в день. Через два дня сохраняются жалобы на одышку и сердцебиение при минимальных физических нагрузках. Голени и стопы отечны. В нижних отделах легких сохраняются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 88 в 1 мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот безболезненный, печень на 3 см ниже края реберной дуги. Диурез: 1-е сутки выпито 1200 мл, выделено 2500 мл, 2-е сутки выпито 1500 мл, выделено 2000 мл.

**Вопрос:** Оцените назначенное лечение и при необходимости откорректируйте его.

**Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

5 баллов — задача полностью решена без уточняющих вопросов преподавателя;  
4 балла — задача полностью решена только после уточняющих вопросов преподавателя;  
3 балла — неполное, неточное или частично неверное решение, которое не удалось улучшить с помощью уточняющих вопросов преподавателя.

### **Профессиональная компетенция 8 (ПК-8)**

Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

#### **Типовые задания в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-8 на уровне «Знать»:**

1. В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЕДИНСТВЕННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЕСЛИ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) очень высокий
- 2) высокий
- 3) умеренный
- 4) низкий\*

2. ТИАЗИДНЫЕ ДИУРЕТИКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) у пожилых больных\*
- 2) у больных сердечной недостаточностью\*
- 3) при изолированном повышении систолического давления\*
- 4) у больных ишемической болезнью сердца

3. ПОДАГРА СЛУЖИТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ

- 1) ингибиторов АПФ
- 2) бета-адреноблокаторов
- 3) антагонистов кальция
- 4) тиазидных диуретиков\*

4. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ

- 1) сердечной недостаточностью\*
- 2) ишемической болезнью сердца\*
- 3) с атеросклерозом периферических артерий
- 4) с метаболическим синдромом

5. БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ

- 1) стенокардией
- 2) постинфарктным кардиосклерозом
- 3) сердечной недостаточностью
- 4) с высокой физической активностью\*

#### **Критерии оценки заданий в тестовой форме:**

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

#### **Типовые контрольные вопросы (на примере темы «Тромбоэмболия легочной артерии») для оценивания результатов сформированности ПК-8 на уровне «Знать»:**

1. Лечение ТЭЛА невысокого риска.
2. Лечение ТЭЛА высокого риска.
3. Вторичная профилактика ТЭЛА.

#### **Критерии оценки при собеседовании по контрольным вопросам:**

- 5 баллов — исчерпывающий ответ получен без уточняющих вопросов преподавателя;
- 4 балла — исчерпывающий ответ получен после уточняющих вопросов преподавателя;

3 балла — получен неполный, неточный или частично неверный ответ, который не удалось улучшить с помощью уточняющих вопросов преподавателя (такой ответ должен быть дополнен, уточнен и исправлен другим обучающимся).

### **Типовые ситуационные задачи для оценивания результатов сформированности ПК-8 на уровне «Уметь»:**

1. Мужчина 32 лет амбулаторно лечится по поводу внебольничной пневмонии. Получает амоксициллин по 1000 мг 3 раза в сутки. На четвертый день лечения отмечает улучшение самочувствия, снижение температуры с 38,5–39,0 до 37,5°C. Кашель сохраняется, однако мокрота из гнойной стала слизисто-гнойной. Аускультативная картина в легких не изменилась: справа ниже угла лопатки выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

**Вопрос:** оцените эффективность назначенного лечения и, при необходимости, скорректируйте его.

2. Женщина 24 лет амбулаторно лечится по поводу внебольничной пневмонии. Получает амоксициллин по 1000 мг 3 раза в сутки. На третьи сутки лечения улучшения не отмечает. Сохраняются слабость, одышка, кашель со скудной слизистой мокротой. Температура тела с 37,8–38,0 повысилась до 38,0–38,5°C. В нижнебоковых отделах левого легкого увеличилось количество влажных хрипов.

**Вопрос:** оцените эффективность назначенного лечения и, при необходимости, скорректируйте его.

3. Мужчина 68 лет лечится в стационаре по поводу внебольничной пневмонии нетяжелого течения. Внутримышечно получает ампициллин по 1000 мг 4 раза в день. На третий день лечения самочувствие без существенной динамики, сохраняются связанные с дыханием боли в груди, кашель с зеленоватой мокротой, температура тела 38,5°C.

**Вопрос:** оцените эффективность назначенного лечения и, при необходимости, скорректируйте его.

4. Женщина 42 лет лечится в стационаре по поводу внебольничной пневмонии тяжелого течения. Получает внутрь амоксиклав по 625 мг 3 раза в день и кларитромицин по 500 мг 2 раза в день. На третий день лечения улучшения самочувствия не отмечает: сохраняется кашель с гнойной мокротой, слабость и одышка при минимальных нагрузках. Температура тела 38,5°C.

**Вопрос:** оцените эффективность назначенного лечения и, при необходимости, скорректируйте его.

### **Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

5 баллов — задача полностью решена без уточняющих вопросов преподавателя;

4 балла — задача полностью решена только после уточняющих вопросов преподавателя;

3 балла — неполное, неточное или частично неверное решение, которое не удалось улучшить с помощью уточняющих вопросов преподавателя.

### **Типовые задания сформированности компетенций на уровне «Владеть»**

#### **А. Перечень навыков клинической работы (написание учебной истории болезни):**

##### **ПК-6:**

1. составление и обоснование оптимального плана обследования пациента;
2. оформление и обоснование клинического диагноза;

##### **ПК-8:**

1. назначение лечения, соответствующего клиническому диагнозу.

### **Критерии оценки навыков клинической работы:**

5 баллов — четко изложены жалобы и история болезни; правильно интерпретированы результаты обследования; диагноз правильно сформулирован и полностью обоснован, интерпретировано назначенное лечение;

4 балла — выполнены 4 из перечисленных выше критериев;

3 балла — выполнены 3 из перечисленных выше критериев.

### **Б. Решение электронных ситуационных задач.**

Решение ситуационных задач происходит в компьютерном классе университета. Для работы в компьютерном классе используется приложение xStudent, предусматривающее регистрацию обучающихся и учет решенных ими задач. Решение задачи начинается с анализа предъявляемых пациентом жалоб и анамнеза заболевания. Всю остальную диагностически значимую информацию о пациенте можно получить, используя меню исследований. Представляя результат исследования, программа просит написать заключение, которое заносится в историю болезни. Результаты исследования могут быть представлены не только в текстовой, но и в графической форме, а также в виде аудио- или видеозаписи.

В рассматриваемой ситуации обучающийся может прослушать звуки дыхания в различных отделах легких и сопоставить аускультативную картину с рентгенограммой. Завершив обследование обучающийся оформляет диагноз и переходит к лечению. На заключительном этапе работы обучающемуся предоставляется возможность сравнить свое решение с эталоном. Каждое из проведенных исследований оценивается как информативное или неинформативное, каждое назначение — как показанное, не показанное или противопоказанное.

Рассчитывается эффективность и информативность обследования, а также эффективность лечения, указывается, какие из информативных исследований не были проведены и какие из показанных назначений не назначены. Приводятся эталоны заключений по результатам исследований и эталонный клинический диагноз. Такая информация позволяет обучаемому понять, какие ошибки им были допущены, и избежать их при повторном решении задачи. Тем самым формируется навык выбора оптимальной лечебно-диагностической тактики в тех или иных клинических ситуациях.

### **Пример электронной ситуационной задачи для оценивания результатов сформированности ПК-6 на уровне «Владеть»:**

Мужчина 73 лет пришел на очередной визит к участковому терапевту через три месяца после операции протезирования аортального клапана биологическим протезом «Биолаб-23», выполненный в связи с дегенеративным аортальным стенозом. Жалоб не предъявляет, однако, отмечает, что в утренние часы артериальное давление повышается до 160/80 мм рт. ст. Принимает варфарин 3,75 мг вечером, аторвастатин 20 мг на ночь и амлодипин 5 мг утром.

### **Пример электронной ситуационной задачи для оценивания результатов сформированности ПК-8 на уровне «Владеть»:**

Мужчина 47 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в поясничной области и частое, болезненное мочеиспускание малыми порциями. Ухудшение самочувствия в течение 4 дней, спровоцировано переохлаждением. В анамнезе более 10 лет мочекаменная болезнь с неоднократным спонтанным отхождением конкрементов.

### **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

1. Общий осмотр - 5: Возможный признак легочной недостаточности.

1. Кожные покровы - 7: Признак лихорадки.

1. Осмотр нижних конечностей

1. Частота дыхания - 3: Умеренное тахипноэ.
1. Сравнительная перкуссия легких - 3: Легочный инфильтрат или плевральный выпот справа.
1. Аускультация легких справа в нижних отделах - 2: Бронхиальное дыхание.
1. Аускультация легких в других отделах
1. Пульс - 4: Умеренная тахикардия.
1. Артериальное давление - 4: АГ 1 степени.
0. Аускультация сердца
0. Пальпация глубоких вен нижних конечностей
1. Осмотр языка - 4: Умеренная дегидратация организма.
0. Пальпация живота
0. Пальпация печени
1. Температура тела - 3: Умеренная лихорадка.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови - 8: Тяжелое бактериальное воспаление: резко выраженный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом и относительной лимфопенией, выраженное увеличение СОЭ.

1. Общий анализ мочи
0. Лейкоцитарная формула мокроты

#### **БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

0. Белок общий
0. Билирубин
1. Глюкоза капиллярной крови натощак
1. Д-димер (высокочувствительный тест) - 2: Положительный тест - признак тромбоза.
0. Калий
1. Креатинин
0. Протромбиновый индекс
1. Трансаминазы
1. Тропонин (качественное определение)
1. Холестерин - 3: Гиперхолестеринемия.

0. Щелочная фосфатаза

#### **МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

0. Стандартная ЭКГ покоя - 21: Синусовый ритм, горизонтальное направление электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. Инверсия зубца Т в III, aVF, V1-V5.

1. Предыдущая ЭКГ - 8: Синусовый ритм, горизонтальное направление электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

0. Холтеровское мониторирование

0. Спирометрия

1. Пульсоксиметрия - 2: Дыхательная недостаточность 1 степени.

#### **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Эхокардиография - 18: Небольшая ГЛЖ с НДФ 1 степени. Расширение ствола ЛА.

0. УЗИ органов брюшной полости

0. УЗИ почек

1. УЗИ сосудов нижних конечностей - 3: Тромбоз глубоких вен левой нижней конечности.

#### **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

0. Эзофагогастродуоденоскопия

0. Фибробронхоскопия

#### **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Обзорный снимок органов грудной полости - 2: Очагово-фокусная инфильтрация сливного характера в нижнемедиальном отделе правого легочного поля.

- 0. Обзорный снимок органов брюшной полости
- 0. Обзорная снимок мочевыделительной системы
- 0. Исследование пищевода и желудка с контрастированием

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ И МАГНИТОРЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ**

- 1. Мультиспиральная компьютерная ангиопульмонография — правосторонняя сегментарная ТЭЛА.

- 0. Компьютерная томография органов брюшной полости

## **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

### **Обезболивание**

- 0. Метамизол натрия 50% - 5,0 внутривенно
- 0. Морфин до 10 мг внутривенно дробно

### **Антиангинальная терапия**

- 0. Нитроглицерин 0,5 мг под язык до 3 раз с интервалом 5 мин
- 0. Нитроглицерин внутривенно 10–200 мкг/мин под контролем АД
- 0. Метопролол по 5 мг внутривенно каждые 2–3 мин до общей дозы 15 мг
- 0. Пропранолол 40 мг под язык

### **Противошоковая терапия**

- 0. Добутамин внутривенно 5–20 мкг/кг/мин
- 0. Допамин внутривенно 2–20 мкг/кг/мин
- 0. Изотонический раствор внутривенно 20 мл/мин

### **Антиастматическая терапия**

- 1. Дыхание 100% кислородом
- 0. Сальбутамол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение часа
- 0. Фенотерол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение часа
- 0. Фуросемид 80 мг внутривенно болюсом

### **Антитромботическая терапия**

- 0. Ацетилсалициловая кислота 250 мг разжевать
- 0. Клопидогрел 300 мг внутрь
- 0. Тенектеплаза 30 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 35 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 40 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 45 мг внутривенно болюсом
- 0. Тенектеплаза 50 мг внутривенно болюсом
- 1. Эноксапарин 30 мг внутривенно болюсом

## **ПЛАНОВАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ**

### **Антибиотики**

- 0. Азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки внутривенно
- 0. Амоксициллин/клавуланат по 1,2 г 3 раза в сутки внутривенно
- 0. Амоксициллин/клавуланат по 625 мг 3 раза в сутки внутрь
- 0. Гентамицин по 1,5 мг/кг 2 раза в сутки внутривенно
- 0. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки внутрь
- 1. Меропенем по 1,0 г 3 раза в сутки внутривенно
- 0. Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь после еды
- 0. Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки внутрь после еды

### **Противовоспалительные средства**

- 0. Дексаметазон 16 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно
- 0. Диклофенак 75 мг 1 раза в сутки внутримышечно
- 0. Метилпреднизолон 8 мг 1 раз в сутки внутрь после завтрака
- 0. Метотрексат 10 мг 1 раз в неделю внутримышечно
- 0. Преднизолон внутрь 20 мг после завтрака 10 мг после обеда
- 0. Преднизолон внутрь 40 мг после завтрака 20 мг после обеда

### **Диуретики**



- 0. Ацетазоламид 250 мг утром через день внутрь
- 0. Гидрохлортиазид 25 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Индапамид 2,5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Спиринолактон 25 мг 1 раз в день внутрь до еды
- 0. Торасемид 10 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Фуросемид 100 мг 1 раз в день внутривенно
- 0. Фуросемид 40 мг 1 раз в день внутрь

#### **Средства, влияющие на свертываемость крови**

- 0. Ацетилсалициловая кислота 100 мг 1 раз в сутки
- 0. Клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки
- 0. Апиксабан 2,5 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Апиксабан 5 мг 2 раза в день внутрь
- 1. Варфарин 5 мг внутрь вечером после еды
- 0. Ривароксабан 15 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Ривароксабан 20 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Эноксапарин 1 мг/кг 2 раза в день подкожно
- 0. Аминокапроновая кислота 5% – 100 мл, внутривенно капельно
- 0. Этамзилат натрия 12,5% – 2 мл внутривенно 3 раза в сутки

#### **Спазмолитические средства**

- 0. Дротаверин 40 мг 3 раза в сутки внутрь за полчаса до еды
- 0. Пентоксифиллин 100 мг внутривенно капельно 1 раз в день
- 0. Сальбутамол 100 мкг ингаляторно по потребности
- 0. Сальметерол по 25 мкг ингаляторно 2 раза в сутки
- 0. Фенотерол 100 мкг ингаляторно по потребности

#### **Сердечно-сосудистые средства**

- 1. Бисопролол 10 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Дигоксин 0,25 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Изосорбиддинитрат 40 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Розувастатин 10 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Розувастатин 20 мг 1 раз в день внутрь

#### **Средства для лечения пищеварительной системы**

- 0. Висмута трикалиядицитрат 240 мг 2 раза в день внутрь за 30 минут до еды
- 0. Гепабене 1 капсула 3 раза в день внутрь за полчаса до еды
- 0. Метформин 1000 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь за 30 минут до еды
- 0. Урсодезоксихолевая кислота 250 мг 4 раза в сутки внутрь за полчаса до еды
- 0. Фосфоглив 2 капсулы 3 раза в день во время еды
- 0. Энтерол по 1 капсуле 2 раза в сутки, между едой

#### **Лекарственные средства разных групп**

- 1. Бромгексин 8 мг 3 раза в день внутрь
- 0. Железа сульфат+Аскорбиновая кислота по 1 таблетке 2 раза в сутки
- 0. Железо III в форме гидроксид сахарозного комплекса по 100 мг внутривенно 2 раза в неделю
- 0. Канефрон Н по 2 таблетки 3 раза в день
- 0. Фолиевая кислота по 2 мг 2 раза в день

#### **РЕКОМЕНДАЦИИ**

##### **Физическая активность**

- 0. Соблюдать строгий постельный режим
- 1. Соблюдать постельный режим с присаживанием на прикроватный табурет
- 0. Соблюдать постельный режим с выходом в туалет и столовую

##### **Коррекция водно-солевого баланса**

- 0. Употреблять жидкость в объеме, на 400 мл превышающем диурез за прошедшие сутки

1. Употреблять в сутки не менее 2 л жидкости

## **НАБЛЮДЕНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ**

### **Наблюдение**

1. Постоянное наблюдение
0. Ежедневное наблюдение
0. Повторный осмотр через 3-4 дня

### **Направление**

0. Направление на плазмаферез
0. Направление к инфекционисту для решения вопроса о противовирусной терапии
1. Направление к флебологу

## **Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Пример заданий в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-6 на уровне «Знать» (на примере темы «Сердечная недостаточность»):**

1. ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕНЕЕ ОБЫЧНОЙ ВЫЗЫВАЕТ УСТАЛОСТЬ, СЕРДЦЕБИЕНИЕ ИЛИ ОДЫШКУ У БОЛЬНЫХ ХСН

- 1) I ФК
- 2) II ФК
- 3) III ФК\*
- 4) IV ФК\*

2. СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТМЕЧАЮТСЯ В ПОКОЕ И РЕЗКО ВОЗРАСТАЮТ ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХСН

- 1) I ФК
- 2) II ФК
- 3) III ФК
- 4) IV ФК\*

3. ПРИЗНАКИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ ТОЛЬКО В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ХСН

- 1) I стадии
- 2) IIА стадии\*
- 3) IIБ стадии
- 4) III стадии

4. ПРИЗНАКИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ В ОБОИХ КРУГАХ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ХСН

- 1) I стадии
- 2) IIА стадии
- 3) IIБ стадии\*
- 4) III стадии\*

5. ПРИЗНАКИ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ МОГУТ ОТМЕЧАТЬСЯ ПРИ ХСН

- 1) I стадии
- 2) IIА стадии\*
- 3) IIБ стадии\*
- 4) III стадии

**Пример заданий в тестовой форме для оценки результатов сформированности ПК-8 на уровне «Знать» (на примере темы «Сердечная недостаточность»):**

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХСН РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- 1) карведилол\*
  - 2) бисопролол\*
  - 3) метопролола тартрат
  - 4) атенолол
2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХСН СТАРТОВАЯ ДОЗА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ РАВНА
- 1) средней терапевтической
  - 2) половине средней терапевтической
  - 3) четверти средней терапевтической
  - 4) одной восьмой от средней терапевтической\*
3. У БОЛЬНЫХ ХСН ДОЗУ БЕТА-БЛОКАТОРОВ ДОВОДЯТ ДО СРЕДНЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ, УВЕЛИЧИВАЯ ТЕКУЩУЮ ДОЗУ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ
- 1) 2–3 дня на величину стартовой дозы
  - 2) 2 недели на величину стартовой дозы\*
  - 3) 2–3 дня вдвое
  - 4) 2 недели вдвое
4. НА ФОНЕ ПРИЕМА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ЧСС У БОЛЬНЫХ ХСН С СИНУСОВЫМ РИТМОМ НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ
- 1) 60 в 1 мин
  - 2) 70 в 1 мин\*
  - 3) 80 в 1 мин
  - 4) 90 в 1 мин
5. ЕСЛИ ПРИЕМ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ НЕОБХОДИМОГО СНИЖЕНИЯ ЧСС У БОЛЬНЫХ ХСН С СИНУСОВЫМ РИТМОМ, ТО К ТЕРАПИИ МОЖНО ДОБАВИТЬ
- 1) дигоксин
  - 2) ивабрадин\*
  - 3) верапамил
  - 4) дилтиазем

**Пример задания для оценки результатов освоения ПК-6 на уровне «Уметь»**

У мужчины 47 лет при профилактическом медицинском осмотре выявлено повышение АД до 170/100 мм рт.ст. Установлено, что пациент курит на протяжении 30 лет. Отец пациента умер от мозгового инсульта в возрасте 51 года, у матери в 50-летнем возрасте выявлена артериальная гипертензия. Назначено обследование и повторный осмотр через 7 дней. При повторном осмотре пациент жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, обычного питания (рост 175, вес 81 кг, окружность талии 91 см). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, периферических отеков нет. Перкуторный звук над легкими ясный, дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд/мин., АД 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, почки не пальпируются.

**Вопрос:** Сформулируйте и обоснуйте диагноз в описанной ниже клинической ситуации в зависимости от результатов дополнительных методов исследования.

**Пример задания для оценки результатов освоения ПК-8 на уровне «Уметь»**

Мужчина, 55 лет, наблюдается с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК. Гипертоническая болезнь III ст., достигнутая степень АГ 1, ГЛЖ, гиперхолестеринемия, риск 4 (очень высокий). Принимает бисопролол 5 мг 1 раз в день, амлодипин 5 мг 1 раз в день, ацетилсалициловая кислота 100 мг 1 раз в день. На фоне лечения ЧСС в покое составляет 75 уд/мин., АД 140/90 мм рт.ст. Ангинозные боли беспокоят при ходьбе до 200

метров. Общий ХС 6,8 ммоль/л, ХС ЛПНП 5,3 ммоль/л, АСТ 0,71 мккат/л, АЛТ 0,75 мккат/л.

**Вопрос:** оцените эффективность назначенного лечения и, при необходимости, скорректируйте его.

**Пример электронной ситуационной задачи для оценивания результатов сформированности ПК-6 на уровне «Владеть»:**

Мужчина 55 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на быструю утомляемость и одышку при доступных ранее нагрузках, появившиеся несколько дней назад. Аналогичные ухудшения самочувствия возникали несколько раз на протяжении последнего года, однако, их продолжительность не превышала одного дня.

**Пример электронной ситуационной задачи для оценивания результатов сформированности ПК-8 на уровне «Владеть»:**

Мужчина 42 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на одышку при ранее доступных нагрузках. Заболел остро, неделю назад, когда на фоне тяжелой физической нагрузки появилась интенсивная боль в области верхушки сердца и в межлопаточном пространстве. Вызвал бригаду СМП, которая зарегистрировала ЭКГ и сделала инъекцию болеутоляющего средства. Врач СМП объяснил, что боли связаны с остеохондрозом позвоночника и рекомендовал прием диклофенака по 50 мг 3 раза в день. На фоне приема рекомендованного препарата боли не возобновлялись, однако, через несколько дней пациент стал отмечать одышку при ранее доступных физических нагрузках.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

1. Общий осмотр - 2: Ожирение или избыточная масса тела.

1. Кожные покровы

0. Осмотр нижних конечностей

0. Частота дыхания

1. Аускультация легких во всех отделах

1. Пульс

1. Артериальное давление - 4: АГ 1 степени.

1. Аускультация сердца на верхушке

1. Аускультация сердца на аорте

1. Аускультация сердца на легочной артерии

1. Аускультация сердца на мечевидном отростке

1. Аускультация сердца в точке Боткина-Эрба

0. Осмотр языка

0. Пальпация живота

0. Пальпация печени

1. Рост и вес - 8: ИМТ = 31,3 кг/кв.м — ожирение 1 степени.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови

1. Общий анализ мочи

**БИОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

0. Альбумин

0. Белок общий

0. Билирубин

1. Глюкоза капиллярной крови натощак

0. Калий

- 1. Креатинин
- 1. Липиды крови - 2: Гиперхолестеринемия.
- 0. Протромбиновый индекс
- 1. Трансаминазы
- 0. Тропониновый тест (качественное определение)
- 0. Щелочная фосфатаза

#### **МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

- 1. Стандартная ЭКГ покоя - 19: Синусовый ритм, горизонтальное направление электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.
- 1. Проба с физической нагрузкой под ЭКГ-контролем - 3: ХКН II ФК (83 Вт, 4,5 МЕ), высокий риск неблагоприятного исхода.
- 0. Холтеровское мониторирование - 4: Транзиторной ишемии миокарда не выявлено.
- 0. Спирометрия

#### **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 1. Эхокардиография - 16: Небольшая ГЛЖ с НДФ 1 степени.
- 0. УЗИ органов брюшной полости
- 0. УЗИ почек
- 0. УЗИ глубоких вен нижних конечностей

#### **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 0. Эзофагогастродуоденоскопия
- 0. Колоноскопия
- 0. Ректороманоскопия
- 0. Фибробронхоскопия

#### **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 0. Обзорный снимок органов грудной полости
- 0. Обзорный снимок органов брюшной полости
- 0. Обзорная снимок мочевыделительной системы
- 0. Исследование пищевода и желудка с контрастированием

#### **НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ**

##### **Антиангинальная терапия**

- 0. Нитроглицерин 0,5 мг под язык до 3 раз с интервалом 5 мин
- 0. Пропранолол 40 мг под язык

##### **Антиастматическая терапия**

- 0. Дыхание 100% кислородом
- 0. Сальбутамол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение часа
- 0. Фенотерол 2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение часа

##### **Антитромботическая терапия**

- 0. Ацетилсалициловая кислота 250 мг разжевать
- 0. Клопидогрел 300 мг внутрь

##### **Экстренная госпитализация**

- 0. Госпитализация для проведения ЧКВ в ближайшие 2 часа
- 0. Экстренная госпитализация в профильное терапевтическое отделение
- 0. Экстренная госпитализация в профильное хирургического отделения

#### **ПЛАНОВАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ**

##### **Антибиотики**

- 0. Амоксициллин по 1,0 г 3 раза в сутки внутрь
- 0. Амоксициллин/клавуланат по 625 мг 3 раза в сутки внутрь
- 0. Кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки внутрь
- 0. Метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки внутрь после еды
- 0. Рифампицин по 600 мг 2 раза в сутки внутрь после еды
- 0. Фосфомицин 3 г внутрь однократно
- 0. Ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки внутрь после еды

### **Противовоспалительные средства**

- 0. Диклофенак 75 мг 2 раза в сутки внутрь после еды
- 0. Мелоксикам 7,5 мг 2 раза в сутки внутрь после еды
- 0. Преднизолон 10 мг 1 раз в сутки внутрь утром после еды
- 0. Преднизолон внутрь 20 мг после завтрака 10 мг после обеда
- 0. Преднизолон внутрь 40 мг после завтрака 20 мг после обеда
- 0. Флутиказон по 125 мкг ингаляторно 2 раза в сутки
- 0. Флутиказон по 250 мкг ингаляторно 2 раза в сутки
- 0. Флутиказон по 500 мкг ингаляторно 2 раза в сутки

### **Диуретики**

- 0. Ацетазоламид 250 мг утром через день внутрь
- 0. Гидрохлортиазид 25 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Индапамид 2,5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Спиринолактон 100 мг 1 раз в день внутрь до еды
- 0. Спиринолактон 25 мг 1 раз в день внутрь до еды
- 0. Торасемид 10 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Торасемид 2,5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Торасемид 5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Фуросемид 40 мг 1 раз в день внутрь

### **Средства, влияющие на свертываемость крови**

- 1. Ацетилсалициловая кислота 100 мг 1 раз в сутки
- 0. Клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки
- 0. Апиксабан 5 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Варфарин 5 мг внутрь вечером после еды
- 0. Дабигатран 150 мг 2 раза в день внутрь
- 0. Ривароксабан 20 мг 1 раз в день внутрь

### **Спазмолитические средства**

- 0. Дротаверин 40 мг 3 раза в сутки внутрь за полчаса до еды
- 0. Сальбутамол 100 мкг ингаляторно по потребности
- 0. Сальметерол по 25 мкг ингаляторно 2 раза в сутки
- 0. Фенотерол 100 мкг ингаляторно по потребности

### **Сердечно-сосудистые средства**

- 0. Амлодипин 10 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Амлодипин 5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Бисопролол 10 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Бисопролол 5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Изосорбида динитрат 40 мг 2 раза в день внутрь
- 1. Изосорбида динитрат спрей: 1-3 дозы под язык при болях
- 0. Лизиноприл 10 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Лизиноприл 2,5 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Лизиноприл 20 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Пропранолол 10 мг 4 раза в день, внутрь
- 0. Розувастатин 10 мг 1 раз в день внутрь
- 1. Розувастатин 20 мг 1 раз в день внутрь
- 0. Соталол по 80 мг 2 раза в день внутрь

### **Средства для лечения пищеварительной системы**

- 0. Висмута трикалиядицитрат 240 мг 2 раза в день внутрь за 30 минут до еды
- 0. Гепабене 1 капсула 3 раза в день внутрь за полчаса до еды
- 0. Гиосцинабутилбромид 10 мг 3 раза в сутки внутрь за полчаса до еды
- 0. Омепразол 20 мг 2 раза в день внутрь за 30 минут до еды
- 0. Пантопразол 20 мг 1 раз в день внутрь до завтрака

### **Лекарственные средства разных групп**

- 0. Бромгексин 8 мг 3 раза в день внутрь
- 0. Железа сульфат+Аскорбиновая кислота по 1 таблетке 2 раза в сутки
- 0. Канефрон Н по 2 таблетки 3 раза в день
- 0. Фолиевая кислота по 2 мг 2 раза в день

## **РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Физическая активность**

- 1. Ходить в доступном темпе не менее 45 минут в день
- 0. Ходить в доступном темпе не менее 30 минут в день
- 0. Ходить в доступном темпе по 10-15 минут в день

### **Коррекция образа жизни**

- 0. Прекратить курение
- 0. Исключить употребление алкоголя
- 1. Ограничить потребление алкоголя 20-30 мл в день
- 0. Спать не менее 8 часов ночью и не менее 1 часа днем
- 0. Спать более 8 часов ночью и более 2 часов днем

### **Диета**

- 0. Ограничить потребление белка с пищей до 1,0 г на кг массы тела в сутки
- 1. Снизить калорийность пищи до 1200-1300 ккал/сутки
- 1. Увеличить употребление овощей, фруктов и морепродуктов
- 1. Уменьшить употребление животных жиров и легкоусвояемых углеводов

### **Коррекция водно-солевого баланса**

- 0. Употреблять жидкость в объеме, на 400 мл превышающем диурез за прошедшие сутки
- 0. Употреблять в сутки не менее 2 л жидкости
- 0. Увеличить объем потребляемой жидкости до 3 л в сутки
- 0. Употреблять не более 2 л жидкости в сутки
- 1. Не употреблять соленой пищи
- 1. Не досаливать пищу
- 0. Употреблять пищу, приготовленную без соли

## **НАБЛЮДЕНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ**

### **Наблюдение**

- 0. Повторный осмотр через 3-4 дня
- 0. Повторный осмотр через 7-10 дней
- 0. Повторный осмотр через 3-4 недели
- 0. Повторный осмотр через 3 месяца
- 0. Повторный осмотр через 6 месяцев

### **Направление**

- 1. Направление на плановую коронароангиографию
- 0. Направление к эндокринологу
- 0. Направление к нефрологу
- 0. Направление на катетерную аблацию
- 0. Направление на плановую кардиоверсию

**Диагноз:** ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. ГБ III стадии, АГ 1 степени, ГЛЖ, очень высокий риск осложнений. Ожирение 1 степени.

## **Методические указания для подготовки студентов к практическим занятиям**

### **Основные положения**

#### **Цель практических занятий**

Целью практических занятий на кафедре госпитальной терапии является выработка навыков диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов, что подразумевает умение

1. в ходе опроса и физикального исследования пациента выявить ведущий симптом (синдром, симптомокомплекс) и скрининговые дифференциально-диагностические признаки, сформулировать предварительный диагноз и очертить круг дифференциальной диагностики, изложить результаты обследования в истории болезни или в амбулаторной карте;
2. составить план дополнительного обследования, интерпретировать полученные данные, сформулировать и обосновать клинический диагноз;
3. назначить лечение, оценить его эффективность, принять решение о необходимости его продолжения, изменения или прекращения.

#### **Указанная цель достигается путем**

1. изучения рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний внутренних органов,
2. решения ситуационных задач, отражающих различные этапы лечебно-диагностического процесса,
3. работы с больными и медицинской документацией,
4. клинических разборов курируемых больных,
5. оформления учебной медицинской документации.

Дисциплина «Госпитальная терапия» включает 42 темы, которые выносятся на изучение в ходе клинических практических занятий. При необходимости некоторые занятия могут быть объединены для проведения в один день или, напротив, разделены для более детального изучения материала в течение двух дней.

#### **Самоподготовка обучающихся к практическим занятиям**

Для самоподготовки обучаемых к практическим занятиям служат «Практикумы», в которых для каждого занятия дан список рекомендуемой литературы, вопросы для обсуждения и ситуационные задачи. Практикумы в электронном виде представлены в файловом архиве кафедры на сайте академии.

#### **План и содержание клинических практических занятий**

Продолжительность практического занятия составляет 4-5 академических часов (в зависимости от расписания). Практические занятия, как правило, проводятся по единому плану, представленному в таблице 1. Однако, в зависимости от изучаемой темы, клинической базы, наличия тематических больных и других обстоятельств в план занятия могут вноситься изменения. Так, во время практического занятия студенты могут участвовать в работе клинических и клинико-анатомических конференций, присутствовать на консилиумах и профессорских обходах. При отсутствии тематических больных, возможно заменить разбор больного анализом истории болезни или решением дополнительных ситуационных задач.

Контроль исходного уровня знаний осуществляется в ходе собеседования по представленным в практикуме вопросам. Оценка за ответ заносится в журнал.

#### **Критерии оценки, следующие:**

1. отлично — ответ полностью раскрывает содержание вопроса,
2. хорошо — ответ требует некоторых уточнений и добавлений,
3. удовлетворительно — для ответа потребовались наводящие вопросы и подсказки преподавателя.



Таблица 1

Этап практического занятия	Содержание этапа	Затраты времени (в % от общего времени занятия)
Организационный	Проверка присутствующих, готовности обучаемых к занятию и т.п.	до 5%
Контроль исходного уровня знаний	Собеседование по вопросам, представленным в практикуме	до 10%
Обучающий этап	Интерпретация представленных в практикуме результатов дополнительных методов исследований, решение ситуационных задач	до 20%
Самостоятельная аудиторная работа обучаемых	Курация больных, оформление учебной медицинской документации	до 40%
Контроль конечного уровня знаний и практических навыков	Клинический разбор одного из курируемых больных	до 20%
Заключительный этап	Ответы на возникшие у обучаемых вопросы, оценка работы группы в целом и по персоналиям, домашнее задание	до 5%

Кроме контроля исходного уровня знаний собеседование направлено на систематизацию знаний обучаемых, выделив наиболее важные аспекты изучаемой темы.

Обучающий этап призван выработать навыки решения практических задач, сопряженных с отдельными этапами лечебно-диагностического процесса. Это достигается путем интерпретации представленных в практикумах дополнительных методов исследования и решения разнообразных ситуационных задач. Оценка практических навыков обучаемого заносится в журнал. Критерии оценки, следующие:

- отлично — обучаемый правильно и полностью интерпретировал результат исследования или самостоятельно решил ситуационную задачу;
- хорошо — обучаемый в целом правильно интерпретировал результаты исследования или решил ситуационную задачу, но упустил некоторые непринципиальные моменты;
- удовлетворительно — для интерпретации результатов исследования или решения ситуационной задачи потребовались наводящие вопросы и подсказки преподавателя.

Самостоятельная аудиторная работа обучаемых сводится к курации больных и оформлению учебной документации. На первом занятии обучаемый получает для курации 1 пациента с патологией, соответствующей изучаемой теме. Если подобрать для всех студентов тематических больных не представляется возможным, то для курации выделяются пациенты с ранее изученной патологией или, в крайнем случае, пациенты, соответствующие «профилю» изучаемой темы (например, кардиологические больные при изучении кардиологической темы). Итогом самостоятельной работы обучаемого служит кураторский лист, который оформляется по схеме, принятой для заполнения «Медицинской карты стационарного больного». Кураторский лист представляется преподавателю на итоговом занятии и служит основой для проведения промежуточного контроля успеваемости.

Контроль конечного уровня знаний и практических навыков осуществляется в ходе клинических разборов курируемых обучаемыми пациентами. Клинический разбор является важнейшей частью практического занятия, поскольку приобщает обучаемых к реальной лечебно-диагностической работе и позволяет выработать необходимые для этого навыки.

Клинический разбор проводится по следующему плану:

1. В присутствии больного куратор излагает историю болезни, демонстрирует изменения, выявляемые при физикальном исследовании.
2. В отсутствие больного участники разбора анализируют полученную информацию, формулируют предварительный диагноз и составляют план обследования.
3. Куратор представляет результаты проведенных исследований, участники разбора интерпретируют их, формулируют и обосновывают клинический диагноз.
4. Участники разбора составляют план лечения, куратор представляет информацию о реально проводимой терапии. Участники разбора оценивают адекватность и эффективность проводимой терапии, вносят предложения по ее коррекции.
5. Преподаватель оценивает работу куратора и других участников клинического разбора и выставляет оценки в журнал.

### **Оснащение занятий**

Оснащение занятий может существенно варьировать в зависимости от того, на какой клинической базе и в какой учебной комнате они проводятся. Абсолютно необходимыми условиями для проведения занятия являются:

1. наличие у преподавателя и каждого обучаемого практикума по изучаемой теме в распечатанном или электронном виде (в последнем случае предполагается и наличие соответствующих устройств для работы с практикумом),
2. возможность работы обучаемых с тематическими больными.

### **Текущий контроль успеваемости**

Изучение каждой темы, как правило, должно завершать итоговое занятие, целью которого является оценка степени усвоения обучаемыми полученных на предыдущих занятиях знаний и навыков. Итоговое занятие проводится по плану, представленному в таблице 2.

**Таблица 2**

Этап итогового занятия	Содержание этапа	Затраты времени (в % от общего времени занятия)
Организационный	Проверка присутствующих, готовности обучаемых к занятию и т.п.	до 5%
Контроль уровня полученных знаний	Письменное или компьютерное тестирование	10–30 %
Контроль уровня приобретенных практических навыков	Защита историй болезни курируемых больных	40–60%
Обучающий	Разбор допущенных в тестах ошибок	до 20%
Заключительный этап	Ответы на возникшие у обучаемых вопросы, оценка работы группы в целом и по персоналиям	до 5%

Контроль уровня полученных знаний проводится путем письменного или компьютерного тестирования. Компьютерное тестирование является предпочтительным, поскольку позволяет включать в тесты задания, содержащие результаты различных исследований, что позволяет оценивать не только знания, но и навыки обучаемых. Число включаемых в тест заданий определяет преподаватель, исходя из предполагаемых затрат времени **на проведение тестирования и проверку результатов.**

#### **Критерии оценки:**

- отлично — 90% и более правильно выполненных заданий;
- хорошо — 80–89% правильно выполненных заданий;
- удовлетворительно — 70–79% правильно выполненных заданий.

Контроль уровня приобретенных практических навыков осуществляется в ходе защиты историй болезни курируемых больных. Защита истории болезни проводится по следующему плану:

- куратор сообщает паспортные данные пациента и развернутый клинический диагноз;
- обосновывает диагноз, исходя из принятых критериев диагностики данной патологии и результатов обследования пациента;
- рассказывает о проводимом лечении, объясняя смысл каждого назначения;
- оценивает динамику состояния пациента за время наблюдения;
- излагает план дальнейшего лечения и оценивает прогноз.

Преподаватель оценивает доклад куратора и заносит оценку в журнал.

#### **Критерии оценки:**

- отлично — куратор дал четкую и исчерпывающую информацию по всем пунктам представленного выше плана;
- хорошо — куратор дал полную информацию по всем пунктам плана, но допускал отступления от него, отвлекаясь на второстепенные детали;
- удовлетворительно — куратор смог дать полную информацию по всем пунктам плана только с помощью наводящих вопросов и подсказок преподавателя.

Кураторский лист, как документ, содержащий конфиденциальную информацию, сдается преподавателю, хранится на кафедре в течение года, после чего уничтожается.

#### **Отработка пропущенных занятий и лекций**

Отработка пропущенных без уважительной причины практических занятий и лекций проводится в строго определенные дни и часы по предварительной записи. В один день может быть отработано одно пропущенное занятие или одна лекция. Пропущенное занятие считается отработанным, если обучаемый успешно прошел компьютерное тестирование по теме пропущенного занятия или правильно решил электронную задачу соответствующей тематики.

При пропуске менее 25% лекций за семестр пропущенный лекционный материал не отрабатывается, при пропуске более 25% лекций, отработка материала проводится путем однократного решения заданий в тестовой форме по всему пройденному за прошедший период (от 1-го до 3-х семестров) лекционному материалу. Пропущенная лекция считается отработанной, если обучаемый успешно прошел компьютерное тестирование, критерием положительной оценки является решение более 70% заданий в тестовой форме. Материалы, подтверждающие успешную или неуспешную отработку пропущенного занятия или лекции, хранятся в базе данных компьютерной программы по тестированию и, при необходимости, (например, в случае апелляции) могут быть распечатаны.

#### **Накопительная оценка работы учащихся**

После завершения занятий с группой обучаемых преподаватель предоставляет учебному доценту информацию о сумме баллов, набранных за время обучения каждым обучаемым. Сумма баллов складывается из

- суммы всех положительных оценок, полученных обучаемым на занятиях,
- положительной оценки за тестирование, умноженной на число занятий,
- оценки за защиту истории болезни, умноженной на число занятий.

По 5 баллов начисляется за каждый верный ответ, данный обучаемым на вопросы, задаваемые при чтении лекций.

#### **Учебно-исследовательская работы обучающихся**

Научно-исследовательская работа обучаемых проводится в рамках кафедрального кружка СНО под руководством преподавателей кафедры. Если тема научной работы обучаемого совпадает с темой текущего занятия, то ее результаты могут быть представлены группе в форме короткого сообщения, за которое докладчик получает от 5 (удовлетворительный доклад) до 15 (отличный доклад) баллов. По ходатайству руководителя кружка СНО обучаемому может быть начислено

- до 25 баллов за доклад на заседании кафедрального кружка СНО;
- до 50 баллов за доклад на Итоговой конференции СНО;
- до 100 баллов за первое место в секционном заседании Итоговой конференции СНО.

### **Цель и задачи конкретных практических занятий**

#### **Раздел 1. Кардиология**

##### **Занятие 1. Артериальная гипертензия**

Цель занятия — научить обучающихся:

1. в беседе с больным выявлять факторы риска, признаки симптоматической АГ и ассоциированных клинических состояний
2. назначать обследование, необходимое для выявления факторов риска, поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний
3. интерпретировать результаты проведенных исследований
4. назначать стартовую терапию, исходя из оценки риска и индивидуальных особенностей пациента
5. оценить эффективность лечения и, при необходимости, корректировать его.

##### **Занятие 2. Стенокардия**

Цель занятия — научить обучающихся:

1. выяснять жалобы, позволяющие диагностировать стенокардию напряжения и определить ее функциональный класс;
2. оценивать предстесовую вероятность ИБС и назначать соответствующее обследование;
3. по результатам нагрузочной пробы оценивать риск смерти и решать вопрос о необходимости реваскуляризации;
4. назначить медикаментозное лечение пациенту со стенокардией напряжения;
5. назначать лечение после реваскуляризации, выполненной в связи со стенокардией напряжения.

##### **Занятие 3. Инфаркт миокарда**

Цель занятия — научить обучающихся:

1. на основании жалоб и ЭКГ диагностировать ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST;
2. оказывать неотложную помощь при неосложненном ОКС, учитывая состояния гемодинамики и наличие альтернативного диагноза;
3. выбирать метод восстановления кровотока по инфаркт-связанной артерии при ОКС с подъемом ST;
4. оценивать риск смерти и определять сроки проведения КАГ при ОКС без подъема ST;
5. назначать лечение после перенесенного ОКС.

#### **Занятие 4. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)**

Цель занятия — научить обучающихся:

1. по клиническим данным оценивать вероятность наличия ХСН
2. по клиническим данным определять стадию и функциональный класс ХСН
3. по данным эхокардиографического исследования определять функциональное состояние желудочков сердца и диагностировать причину развития ХСН
4. назначать и корректировать лечение, призванное предотвратить декомпенсацию ХСН
5. назначать и оценивать эффективность лечения при декомпенсации ХСН

#### **Занятие 5. Острая сердечная недостаточность (ОСН)**

Цель занятия — научить обучающихся:

1. по клиническим данным оценивать наличие ОСН
2. по клиническим данным тяжесть ОСН
3. по данным эхокардиографического исследования определять функциональное состояние желудочков сердца и диагностировать причину развития ОСН
4. назначать и корректировать лечение, призванное предотвратить прогрессирование ОСН
5. назначать и оценивать эффективность лечения ОСН

#### **Занятие 6. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)**

Цель занятия — научить обучающихся:

1. по клиническим данным оценивать наличие ТЭЛА
2. по клиническим данным тяжесть ОСН
3. по данным эхокардиографического исследования определять функциональное состояние желудочков сердца и диагностировать причину развития ОСН
4. назначать и корректировать лечение, призванное предотвратить прогрессирование ОСН
5. назначать и оценивать эффективность лечения ОСН

#### **Занятие 7. Заболевания пищевода**

1. На основании выяснения жалоб, анамнеза диагностировать гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ), включая пищеводные и внепищеводные симптомы, выявлять факторы риска развития ГЭРБ у конкретного больного.
2. Назначать обследование конкретного больного в зависимости от особенностей клинических проявлений и онконастороженности, интерпретировать результаты ЭГДС, корректировать план диагностических назначений в зависимости от результатов предыдущих исследований, правильно формулировать клинический диагноз.
3. Давать рекомендации по немедикаментозному и медикаментозному лечению ГЭРБ, коррекции факторов риска, диспансерному наблюдению.
4. Диагностике, лечению, наблюдению больных с пищеводом Баррета.
5. Диагностике и лечению кандидоза пищевода.
6. Диагностике и лечению синдрома Мэллори-Вейса.

#### **Занятие 8. Язвенная болезнь: диагностика, лечение, осложнения и их терапия**

1. На основании выяснения жалоб, анамнеза диагностировать язвенную болезнь (ЯБ), выявлять факторы риска развития, признаки осложненного течения ЯБ у конкретного больного.
2. Назначать обследование конкретного больного в зависимости от особенностей клинических проявлений и онконастороженности, интерпретировать результаты

- ЭГДС, корректировать план диагностических назначений в зависимости от результатов предыдущих исследований, правильно формулировать клинический диагноз.
3. Давать рекомендации по немедикаментозному и медикаментозному лечению ЯБ, коррекции факторов риска, диспансерному наблюдению.
  4. Выявлять осложнения ЯБ и назначать консервативное лечение.

### **Занятие 9. Helicobacter pylori-ассоциированные заболевания**

1. Определять показания к проведению тестирования на Helicobacter pylori (НР).
2. Различать инвазивные и неинвазивные методики диагностики, первичную диагностику и подтверждение успешной эрадикации НР, преимущества и ограничения каждой диагностической методики, алгоритмы рациональной диагностики.
3. Определять показания к эрадикационной терапии НР.
4. Уметь назначать эрадикационную терапию НР 1-й линии самостоятельно, 2-4 линии – с использованием нормативно-правовой документации.

**Протокол согласования рабочей программы дисциплины «Госпитальная терапия» с другими кафедрами (междисциплинарные связи) обеспечивающими дисциплинами, изучение которых предшествует освоению настоящей дисциплины**

<b>№</b>	<b>Наименование дисциплин, изучение которых предшествует освоению настоящей дисциплины</b>	<b>Наименование тем (разделов, модулей), изучение которых предшествует освоению дисциплины</b>	<b>Подпись заведующего кафедрой, с которой проводится согласование</b>
1.	пропедевтика внутренних болезней	клинико-физикальное обследование больных, методы лабораторно-инструментальной диагностики основных заболеваний внутренних органов	В.В. Аникин
2.	фармакология	группы лекарственных препаратов, показания и противопоказания к применению	С.Б. Марасанов
3.	внутренние болезни, общая физиотерапия, ВПТ	диагностика и лечение основных заболеваний внутренних органов	Г.С. Джулай

**Протокол согласования рабочей программы модуля «госпитальная терапия» дисциплины «внутренние болезни» с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами, изучаемыми после или одновременно с настоящей дисциплиной**

<b>№</b>	<b>Наименование обеспечиваемых дисциплин, изучаемых после или одновременно с настоящей дисциплиной</b>	<b>Наименование тем (разделов, модулей), изучение которых необходимо для освоения обеспечиваемых (последующих) дисциплин</b>	<b>Подпись заведующего кафедрой, с которой проводится согласование</b>
1.	поликлиническая терапия	тактика и ведение больных в поликлинических условиях	А.В. Соловьева
2.	хирургические болезни	диагностика хирургических состояний при терапевтической патологии	А.Г. Еремеев

## Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины  
«Госпитальная терапия»

№ п/п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1.	Большой лекционный зал ГБУЗ ОКБ г. Твери	
2.	Учебная комната в отделении кардиологии ГБУЗ ОКБ г. Твери	
3.	Учебная комната в отделении кардиологии с ПРИТ ГБУЗ ОКБ г. Твери	
4.	Учебная комната в отделении пульмонологии ГБУЗ ОКБ г. Твери	
5.	Учебная комната в отделении нефрологии ГБУЗ ОКБ г. Твери	
6.	Учебная комната в отделении гематологии ГБУЗ ОКБ г. Твери	
7.	Учебная комната в поликлинике ГБУЗ ОКБ г. Твери	
8.	Учебная комната в поликлинике ГБОУ ВПО ТГМУ	
9.	Учебная комната в терапевтическом отделении ГБУЗ ГКБ №7 г. Твери	
10.	Учебная комната в ГБУЗ «ОКЛРЦ»	
11.	Компьютерный класс ГБОУ ВПО ТГМУ	
12.	Учебный центр практических навыков ГБОУ ВПО 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.