

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

Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе



Л.А. Мурашова

«16» марта 2023 г.

Рабочая программа дисциплины

ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

для студентов 5 и 6 курса,

специальность

31.05.01 Лечебное дело

форма обучения

очная

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

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

Зав. кафедрой _____ (Мазур Е.С.)

Тверь, 2023

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

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

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

II. Пояснительная записка

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

1. Цель и задачи дисциплины

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

Задачами освоения дисциплины являются:

1. формирование и совершенствование навыков диагностики болезней на основе физикального, лабораторных и инструментальных методов исследования;
2. формирование и совершенствование навыков лечения терапевтической патологии;
3. совершенствование навыков диагностики и лечения неотложных состояний в терапии;
4. формирование и совершенствование навыков проведения реабилитационных мероприятий;
5. формирование и совершенствование навыка 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

Формируемые компетенции	Индикатор достижения	Планируемые результаты обучения
ПК-2 Способен к определению основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний на основании сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза, физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования с целью установления диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со	ИПК-2.1 Анализирует информацию, полученную от пациента (его законного представителя) с заболеванием и (или) состоянием	Знать: <ul style="list-style-type: none">- методику осмотра и физикального обследования пациента; Уметь: <ul style="list-style-type: none">- осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей), выявлять факторы риска и причины развития заболеваний; Владеть навыками: <ul style="list-style-type: none">- сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента;
	ИПК-2.2 Интерпретирует результаты физикального обследования пациентов различных возрастных групп (пальпация, перкуссия, аускультация)	Знать: <ul style="list-style-type: none">- методику осмотра и физикального обследования пациента Уметь: <ul style="list-style-type: none">- применять методы осмотра и физикального обследования пациентов и интерпретировать их результаты- выявлять факторы риска онкологических заболеваний Владеть навыками: <ul style="list-style-type: none">- проведения полного физикального обследования пациента (осмотр,

здоровьем.		пальпация, перкуссия, аускультация)
	ИПК-2.3 Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения дополнительных лабораторных и инструментальных исследований в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи - интерпретировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования, а также консультаций пациентов врачами-специалистами <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
	ИПК-2.4 Направляет пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направлять пациентов на дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, а также на консультации к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - направления пациента на лабораторные, инструментальные

		<p>обследования и консультации к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
	<p>ИПК-2.5 Проводит дифференциальную диагностику больных, используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом Международной статистической классификацией болезней</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы дифференциальной диагностики заболеваний внутренних органов - международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить дифференциальную диагностику заболеваний <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными - установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
<p>ПК-3. Способен к назначению лечения, контролю его эффективности и безопасности при оказании первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных</p>	<p>ИПК-3.1 Составлять план лечения пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами

<p>условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе при вызове на дом.</p>	<p>клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; порядок оказания паллиативной медицинской помощи</p> <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план лечения заболевания пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составления плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; - оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками
	<p>ИПК-3.2 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами

		<p>лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Владеть навыками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи; - оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками - организации персонализированного лечения пациентов, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценки эффективности и безопасности лечения
	<p>ИПК-3.3 Назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные методы немедикаментозного лечения болезней и состояний у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи - механизм действия немедикаментозного лечения; медицинские показания и противопоказания к его назначению; побочные эффекты, осложнения, вызванные его применением; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания

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

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Госпитальная терапия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП специалитета. Уровень подготовки, необходимый для успешного освоения программы по дисциплине «Госпитальная терапия», включает в себя следующие знания и навыки, полученные на предыдущих этапах обучения:

1. Физика.
Разделы: физические основы инструментальных методов диагностики заболеваний внутренних органов.
2. Анатомия человека.
Разделы: нормальная анатомия дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем.
3. 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.
4. Нормальная физиология.
Разделы: нормальная физиология дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной и опорно-двигательной систем.

5. Патолофизиология.
Разделы: закономерности возникновения и развития заболеваний внутренних органов.
6. Микробиология, вирусология, иммунология.
Разделы: возбудители заболеваний внутренних органов, механизмы иммунологической защиты организма, аллергические реакции, аутоиммунные процессы.
7. Фармакология.
Разделы: механизм действия, показания и противопоказания к назначению, дозировки и побочное действие лекарственных средств, используемых при лечении заболеваний внутренних органов.
8. Пропедевтика внутренних болезней.
Разделы: физикальное, лабораторные и инструментальные методы исследования больного, синдромология и нозология болезней.
9. Факультетская терапия, общая физиотерапия, военно-полевая терапия.
Разделы: болезни внутренних органов (этиология, патогенез, типичная клиническая картина, методы диагностики и принципы лечения, реабилитации и профилактики).

4. Объём дисциплины составляет 8 зачетных единиц, 288 академических часов, в том числе 196 часа, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, 65 часов самостоятельной работы обучающихся и 27 часов на подготовку к экзамену.

5. Образовательные технологии

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

1. лекция-визуализация (ЛВ);
2. разборы клинических случаев (РКС);
3. тренинг мануальных навыков (МН);
4. курация больных с написанием кураторского листа (КЛ);
5. решение ситуационных задач (ЗС);
6. решение практикумов и лекций в системе дистанционного образования «Moodle» (КС);
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 бально-накопительная система (далее БНС, ознакомиться с полным текстом можно по ссылке https://tvgm.ru/hosp_ter/tutorials/polozhenie_o_SDO_i_BNS_2020.pdf). В используемой БНС интегральной оценкой объема и качества проделанной обучающимся учебной работы служит накопленная сумма баллов (далее НСБ), которая складывается из баллов, полученных обучающимся на практических занятиях, лекциях, а также суммы баллов, начисленных за результаты студенческой научной работы и самостоятельного решения учебных материалов (лекций, практикумов и заданий), размещенных в системе дистанционного образования университета «Moodle».

На практических занятиях начисление баллов осуществляется путем занесения в «Журнал посещения занятий» оценок за следующие виды учебной работы:

1. участие в клиническом разборе больного и,
2. участие в коллективном решении ситуационных задач.

Участие обучающихся в клиническом разборе оценивается по академической шкале и фиксируется в журнале посещения занятий. При разборе одного больного оценка

может быть выставлена не более, чем трем обучающимся — докладчику и двум наиболее активным оппонентам.

При коллективном разборе ситуационных задач каждый ответ обучающегося оценивается по двоичной шкале, если ответ правильный, то обучающийся получает 1 балл, если нет — 0 баллов. Общее число баллов, набранных обучающимся при решении всех ситуационных задач, фиксируется в журнале посещения занятий. По завершению занятия набранные обучающимся баллы суммируются, умножаются на 5 и добавляются к его рейтинговой сумме. Максимальная сумма баллов, которые могут быть начислены за работу на практических занятиях в течение 3 предшествующих аттестации семестров, может достигать 600–750.

Для перевода НСБ в четырехбалльную оценку, обучающиеся ранжируются по убыванию рейтинговой суммы. Первые 10% обучающихся из ранжированного списка получают оценку «отлично», следующие за ними 30% — «хорошо», следующие за вторыми 40% — «удовлетворительно» и последние 20% — «неудовлетворительно».

Перевод НСБ в традиционную четырехбалльную оценку проводится в конце каждого семестра обучения. До сведения обучающихся результаты оценки доводятся путем их размещения на сайте университета (на сайте 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.

Обучающимся, получившим по результатам работы в IX–XI семестрах «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно», оценка переносится в экзаменационную ведомость и зачетную книжку. Обучающиеся, получившие по результатам БНС оценку «хорошо» или «удовлетворительно», но желающие ее повысить могут принять во втором этапе экзамена. Обучающиеся, получившие по результатам БНС неудовлетворительную оценку, подлежат обязательной промежуточной аттестации в форме двухэтапного экзамена, где первый этап решение заданий в тестовой форме, второй — решение двух ситуационных задач.

III. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Раздел 1. Кардиология

1. Гипертоническая болезнь и симптоматические артериальные гипертензии
2. ИБС. Стенокардия
3. Острый коронарный синдром (ОКС) и инфаркт миокарда
4. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)
5. Острая сердечная недостаточность (ОСН) при ОКС
6. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
7. Пароксизмальные тахикардии
8. Фибрилляция предсердий
9. Митральные пороки сердца
10. Аортальные пороки сердца
11. Врожденные пороки сердца
12. Инфекционный эндокардит
13. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП)
14. Другие кардиомиопатии
15. Болезни перикарда

16. Расслаивающая аневризма аорты

Раздел 2. Гастроэнтерология

1. Заболевания пищевода
2. Язвенная болезнь: диагностика, лечение, осложнения и их терапия
3. Н. Рylogi-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. Диагностика, показания к лечению НР-ассоциированных заболеваний, схемы эрадикационной терапии, контроль эффективности и лечения
15. Диагностика и лечение хронического панкреатита
16. Дифференциальный диагноз при очаговых и диффузных поражениях печени
17. Алкогольное поражение печени
18. Аутоиммунные поражения печени, современный подход к диагностике и лечению
19. Цирроз печени
20. Дифференциальный диагноз при диарее, диагностика и лечение воспалительных заболеваний кишечника
21. Дифференциальный диагноз при мальдигестии и мальабсорбции

Раздел 3. Пульмонология

1. Пневмонии
2. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

Раздел 4. Нефрология

1. Пиелонефриты
2. Хроническая болезнь почек (ХБП)
3. Гломерулонефриты
4. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит
5. Дифференциальная диагностика при гематурии
6. Диабетическая нефропатия
7. Острая почечная недостаточность (ОПН)
8. Тубулоинтерстициальный нефрит
9. Амилоидоз почек
10. Диабетическая нефропатия и заместительная почечная терапия

Раздел 5. Ревматология

1. Остеоартроз и подагра

2. Ревматоидный и серонегативные артриты
3. Системная красная волчанка
4. Системная склеродермия
5. Системные васкулиты

Раздел 6. Гематология

1. Анемии
2. Миеломная болезнь

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций*

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контакт ную работу	Самостоят ельная работа студента, включая подготовк у к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции					Используем ые образовател ьные технологии, способы и методы обучения	Формы текущег о, в т.ч. рубежно го контрол я успеваем ости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	практические занятия, клинические практические занятия	экзамен/зачет							ПК-2	ПК-3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.															
1.1.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.2.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.3.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.4.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.5.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.6.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН,	Т, Пр, ЗС

														КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	
1.7.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.8.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.9.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.10.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.11.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
1.12.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
1.13.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
1.14.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
1.15.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
1.16.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.															
2.1.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.2.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.3.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.4.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН,	Т, Пр, ЗС

														КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	
2.5.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.6.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.7.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.8.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.9.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.10.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.11.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.12.	-			5		5	-	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
2.13.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.14.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.15.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.16.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.17.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.18.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.19.	2			-		2	2	4				+	+	ЛВ	Т

2.20.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
2.21.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
3.															
3.1.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
3.2.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.															
4.1.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.2.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.3.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
4.4.	–			–		–	6	6				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.5.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
4.6.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
4.7.	–			–		–	6	6				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
4.8.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
4.9.	2			–		2	2	4				+	+	ЛВ	Т
4.10.	–			–		–	6	6				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
5.															
5.1.	–			5		5	–	5				+	+	РКС, МН, КЛ, ЗС, КС,	Т, Пр, ЗС

														ВК, УИРС	
5.2.	–		5		5	–	5				+	+		РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
5.3.	2		–		2	2	4				+	+		ЛВ	Т
5.4.	2		–		2	2	4				+	+		ЛВ	Т
5.5.	2		–		2	2	4				+	+		ЛВ	Т
6.															
6.1.	–		5		5	–	5				+	+		РКС, МН, КЛ, ЗС, КС, ВК, УИРС	Т, Пр, ЗС
6.2.	2		–		2	3	5				+	+		ЛВ	Т
Экзамен					6		27	27							Т, ЗС
ИТОГО:	46		144		6	196	92	288							

Список сокращений: лекция-визуализация (ЛВ), разборы клинических случаев (РКС), тренинг мануальных навыков (МН), курация больных с написанием кураторского листа (КЛ), решение ситуационных задач (ЗС), решение практикумов и лекций в системе дистанционного образования «Moodle» (КС), участие в консилиумах, врачебных и научно-практических конференциях (ВК), учебно-исследовательская работа (УИРС).

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

IV. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций

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

Типовые задания в тестовой форме к лекциям, представленным в СДО Moodle, для оценки результатов сформированности ПК-2 на уровне «Знать»:

СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 150/105 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АГ {=2=II=второй} СТЕПЕНИ

СТОЙКОЕ ПОВЫШЕНИЕ АД ДО 185/95 ММ РТ. СТ. ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ АГ {=3=III=третьей} СТЕПЕНИ

ДИАГНОЗ «ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ» ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЕ, ЕСЛИ АГ ПОЯВИЛАСЬ В ВОЗРАСТЕ {

~%50%до 30 лет

~%-50%30–45 лет

~%-50%45–60 лет

~%50%после 60 лет}

САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ ЯВЛЯЕТСЯ {

~патология надпочечников

=патология почек

~атеросклероз почечных артерий

~коарктация аорты}

О РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АГ ПОЗВОЛЯЮТ ДУМАТЬ {

~%33.333%протеинурия

~%33.333%микрогематурия

~%-100%гипокалиемия

~%33.333%изогипостенурия}

О ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ АГ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ {

~протеинурия

=выраженное различие размеров почек

~кризовое течение заболевания

~центральный тип ожирения}

О ГЕСТАЦИОННОЙ АГ ПОЗВОЛЯЕТ ДУМАТЬ {

~выявление артериальной гипертензии до 20-й недели беременности

=выявление артериальной гипертензии после 20-й недели беременности

~протеинурия

~замедление развития плода}

Критерии оценки заданий в тестовой форме:

5 баллов — 91% и более заданий;

4 балла — 81-90% заданий;

3 балла — 71-80% заданий.

Профессиональная компетенция 3 (ПК-3)

Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Типовые задания в тестовой форме к лекциям, представленным в СДО Moodle, для оценки результатов сформированности ПК-3 на уровне «Знать»:

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОКС ИСПОЛЬЗУЮТ {

~%50%ацетилсалициловую кислоту

~%-50%гепарин

~%50%клопидогрел

~%-50%варфарин}

ПРИ ОКС ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ СЛУЖИТ {

~%33.333%шок или систолическое АД ниже 90 мм рт. ст.

~%33.333%острая левожелудочковая недостаточность

~%-100%артериальная гипертензия

~%33.333%ЧСС менее 50 в 1 мин}

ТРОМБОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ ОКС {

~%50%с подъемом сегмента ST

~%-50%без подъема сегмента ST

~%-50%возникшем не более, чем 6 часов назад

~%50%возникшем не более, чем 12 часов назад}

АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЛУЖИТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ {

=месяц

~3 месяца

~6 месяцев

~год}

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ НИТРАТОВ ПРИ ОКС СЛУЖИТ {

~%33.333%систолическое АД менее 90 мм рт. ст.

~%-100%острая левожелудочковая недостаточность

~%33.333%ЧСС более 100 в 1 мин

~%33.333%ЧСС менее 50 в 1 мин.}

БОЛЬНЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПОКАЗАН В ТЕЧЕНИЕ {

=12–24 часов

~2 суток

~3 суток

~4–7 суток}

Критерии оценки заданий в тестовой форме:

5 баллов — 91% и более заданий;

4 балла — 81-90% заданий;

3 балла — 71-80% заданий.

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

::01:: Ситуационная задача № 1

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

В ОПИСАННОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О {

=железодефицитной

~железоперераспределительной

~В12-дефицитной

~нефрогенной

} АНЕМИИ

::02:: Выполнен клинический анализ крови

Рисунок 1

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВЫЯВИЛ {

~%33.333%гипохромную

~%33.333%гипорегенераторную

~33.333%средней тяжести

~%-16.666%нормохромную

~%-16.666%гиперхромную

~%-16.666%норморегенераторную

~%-16.666%гиперрегенераторную

~%-16.666%легкой степени

~%-16.666%тяжелой степени

} АНЕМИЮ

::03::

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ СОГЛАСУЮТСЯ С ПРЕДПОЛАГАЕМЫМ ДИАГНОЗОМ {TRUE}

::04:: Выполнен биохимический анализ крови

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

=железодефицитную

~железоперераспределительную

~В12-дефицитную

~апластическую

~гемолитическую

} АНЕМИЮ

::05::

ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ {

~%50%железа

~%-25%цианокобаламина

~%-25%фолиевой кислоты

~%-25%100-150

~%50%200-300
~%-25%400-500
} МГ В СУТКИ

::06::

ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ПРИЧИНЫ АНЕМИИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ {

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

::07::Ситуационная задача № 2

Больная, 50 лет, госпитализирована в нефрологическое отделение по поводу обострения хронического двухстороннего пиелонефрита. Выполнен клинический анализ крови.

Рисунок № 2

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПОЗВОЛЯЮТ
ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

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

::08::Выполнен биохимический анализ крови

Сывороточное железо — 9 ммоль/л (норма: >11,6 ммоль/л), ОЖСС — 37 мкмоль/л (норма: 44–76 мкмоль/л), ферритин — 290 мкг/л (норма: 20–250 мкг/л), трансферрин — 7 г/л (норма: 2–4 г/л), цианокобаламин — 280 пмоль/л (норма: 200–600 пмоль/л).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИАГНОСТИРОВАТЬ {

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

::09::

ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ НЕФРОГЕННОГО ХАРАКТЕРА АНЕМИИ НЕОБХОДИМО
ОЦЕНИТЬ {

~эритропоэтин
~мочевину
~миелограмму
=скорость клубочковой фильтрации
~насыщение трансферрина железом}

::10::

ПРИЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО НЕ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ {

- ~%50%препараты железа
- ~%-50%антибиотики
- ~%-50%уросептики
- ~%50%препараты эритропоетина}

::11::

ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА МОГУТ УСИЛИВАТЬ ТЯЖЕСТЬ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА {TRUE}

::20::Ситуационная задача № 4

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

В ОПИСАННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ МОЖНО ДУМАТЬ О {

- =прогрессирующей стенокардии
- ~инфаркте миокарда
- ~перикардите
- ~миокардите}

::21::

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

ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК ПРИЗНАК {

- ~гастриномы
- =НПВП-гастропатии
- ~хронического гастрита В типа
- ~хронического гастрита А типа
- ~хронического гастрита С типа}

::22::

ПРИЧИНОЙ ПОЯВЛЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭРОЗИЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА СТАЛ ПРИЕМ {

- =ацетилсалициловой кислоты
- ~бисопролола
- ~аторвастатина}

::23::Выполнен клинический анализ крови

Рисунок № 4

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ ВЫЯВИЛ {

- ~%33.333%гипохромную
- ~%33.333%средней тяжести
- ~%33.333%нормогенераторную
- ~%-16.666%нормохромную
- ~%-16.666%гиперхромную
- ~%-16.666%гипорегенераторную
- ~%-16.666%гиперрегенераторную
- ~%-16.666%легкой степени
- ~%-16.666%тяжелой степени} АНЕМИЮ

::24::

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

=железодефицитной

~железоперераспределительной

~В12-дефицитной

~апластической

~гемолитической

~фолиеводефицитной}

::25::

ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ АНАЛИЗ КРОВИ НА {

~%33.333%сывороточное железо

~%33.333%ОЖСС

~%33.333%трансферрин

~%-33.333%фолиевую кислоту

~%-33.333%метилмалоновую кислоту

~%-33.333%цианокобаламин}

::26::

ПОСЛЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПРЕПАРАТОМ {

~%50%железа

~%-20%цианокобаламина

~%-20%фолиевой кислоты

~%-20%1000 мкг 3 дня, затем 500 мкг

~%-20%500 мкг

~%50%200-300 мг

~%-20%15 мг} В СУТКИ

Критерии оценок:

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

Типовые задания сформированности компетенций на уровне «Владеть»

А. Перечень навыков клинической работы (написание кураторского листа):

ПК-2:

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

ПК-3:

1. назначение лечения, соответствующего клиническому диагнозу.

Критерии оценки навыков клинической работы:

- Отлично (50–41 балл) — обоснованы все этапы лечебно-диагностического процесса: предварительный диагноз (на основании жалоб, анамнеза и результатов объективного исследования), выполненные исследования, клинический диагноз и проводимое лечение.

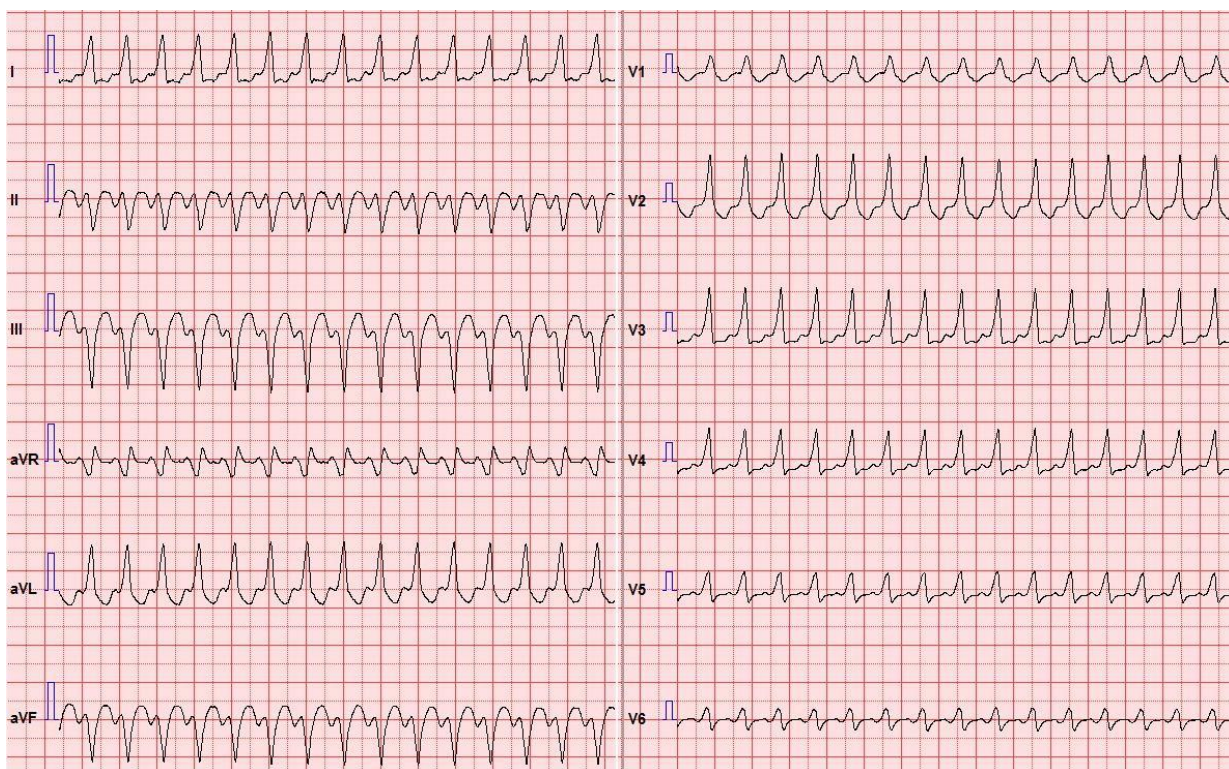
- Хорошо (40–31 балл) — выполнен предыдущий критерий, но значительная часть представленной в кураторском листе информации не имеет отношения к обоснованию диагноза и проводимого лечения.
- Удовлетворительно (30–21 балл) — дано неполное или неверное обоснование некоторых из этапов лечебно-диагностического процесса.
- Неудовлетворительно (20–0 баллов) — обоснование этапов лечебнодиагностического процесса представлено фрагментарно или полностью отсутствует.

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

Задача

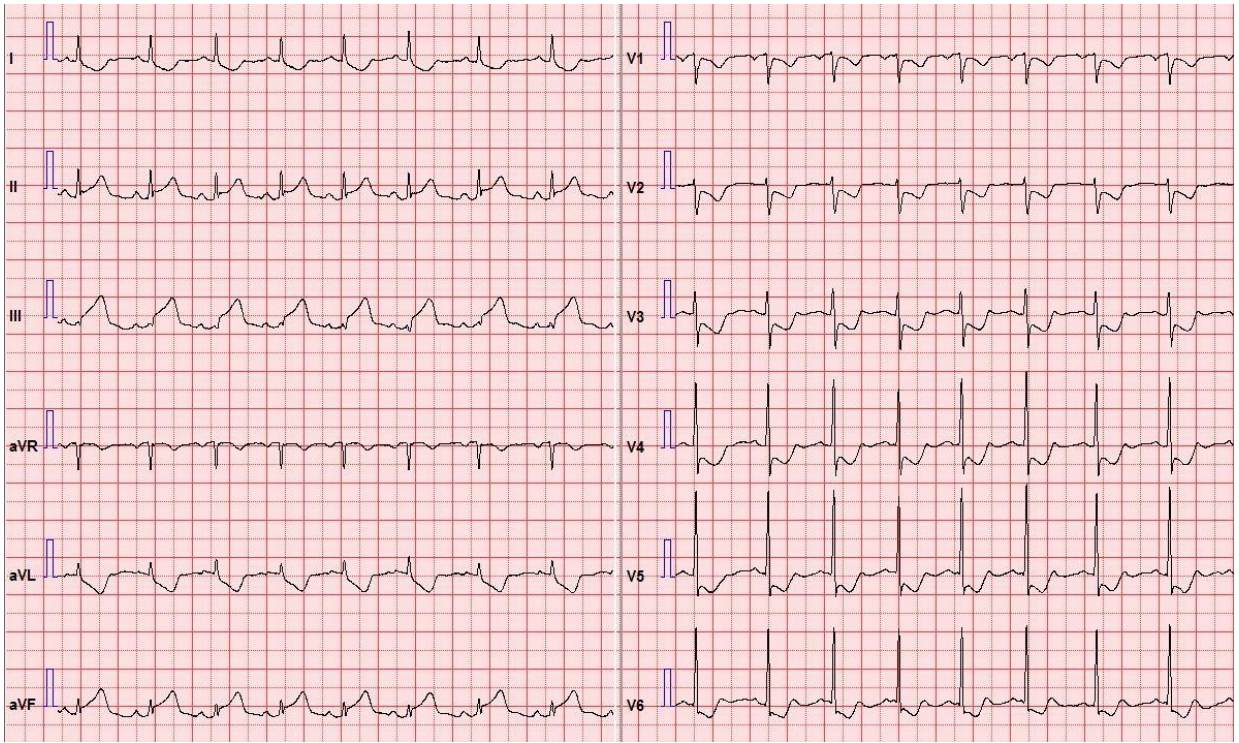
1

К мужчине 66 лет вызвана СМП. Жалобы на резкую слабость, загрудинную боль и ощущение недостатка воздуха. Самочувствие ухудшилось около получаса назад без видимой причины. Объективно: лежит низко, без выраженной одышки (28 в 1 мин). Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны глухие, ЧСС 160 в 1 мин, АД 60/40 мм рт. ст.



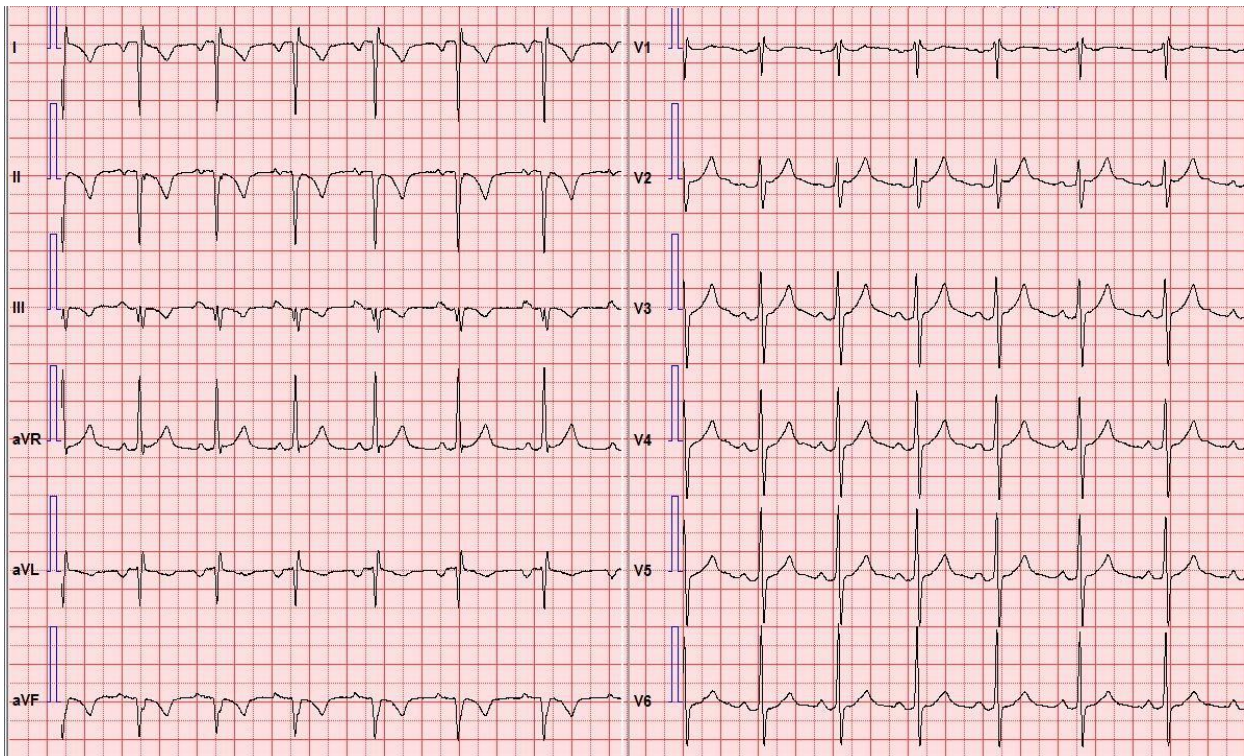
2

Сохраняются жалобы на боль за грудиной. Лежит низко, без одышки (18 в 1 мин). Дыхание везикулярное. Пульс ритмичный, 84 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.



3

Через 90 мин после первого врачебного контакта выполнена селективная полипроекционная ангиография ЛКА и ПКА, на которой отмечается правый тип кровоснабжения миокарда. ПМЖВ и ОВ ЛКА проходимы, без гемодинамически значимых стенозов. ПКА и ее ветви проходимы, выявлен стеноз ЗМЖВ в проксимальной трети до 99 % с наличием внутрисосудистых тромбов (кровоток ТИМІ 1). Произведена преддилатация в области стеноза ЗМЖВ ПКА однократным раздуванием баллона до 12 Атм. В область стеноза установлен металлический коронарный стент. На контрольных ангиограммах стент раскрыт, стоит в оптимальной позиции, ЗМЖВ ПКА проходима, кровоток ТИМІ 3.



Состояние после ЧКВ

Жалоб нет. Дыхание везикулярное, 14 в 1 мин. Пульс 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

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

При поступлении — 5,56 нг/мл, через 3 часа — 26,83 нг/мл

Протокол эхокардиографического исследования

Аорта 3,4 см. АК трехстворчатый, раскрытие 2,0 см, кровоток 1,4 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,0 см, ТЗС 1,0 см, КДР 4,9 см, ФВ 51 %, диастолическая дисфункция 1 степени. Нарушения локальной сократимости: акинезия в области нижнего, нижне-перегородочного базальных, нижнего медиального сегментов. МК не изменен, кровоток 0,76 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,7 см, объем 47 мл. Диаметр ЛА 2,1 см, СДЛА 26 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,5 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,5 см, объем 40 мл. НПВ на выдохе 1,7 см, на вдохе 0,8 см. Полость перикарда не изменена.

Критерии оценки при решении ситуационных задач

Результаты обсуждения (ответ обучающегося) оцениваются по двухбалльной шкале: зачтено (1 балл) или не зачтено (0 баллов).

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

См. приложение №1.

V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

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

а. Основная литература:

1. 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. Интерпретация электрокардиограммы [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е.С. Мазур, В.В. Мазур, Н.Д. Баженов. – Тверь, 2010. – 96 с.
2. 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. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Инфекционный эндокардит: учебное пособие для студентов, обучающихся по программе "Лечебное дело" / В. В. Мазур, Е. С. Мазур, Ю.А. Орлов, Л. С. Жухоров, Н. С. Кузнецова, Тверской государственный медицинский университет. – 2.52 Мб. – Тверь: [б. и.], 2019. – 26 с. – Текст: электронный.
7. Приобретенные пороки сердца: учебное пособие для студентов, обучающихся по программе "Лечебное дело" / В. В. Мазур, Е. С. Мазур, Ю.А. Орлов, Л. С. Жухоров, Н. С. Кузнецова, Тверской государственный медицинский университет. – 5,66 Мб. – Тверь: [б. и.], 2019. – 34 с. – Текст: электронный.

8. Инфаркт миокарда. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур, Ю.А. Орлов. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 36 с. – Текст: электронный.
9. Стенокардия. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 28 с. – Текст: электронный.
10. Хроническая сердечная недостаточность. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 26 с. – Текст: электронный.
11. Тромбоэмболия легочной артерии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 26 с. – Текст: электронный.
12. Острая сердечная недостаточность. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, Ю.А. Орлов, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 33 с. – Текст: электронный.
13. Фибрилляция предсердий. Учебное пособие для студентов, обучающихся по основной образовательной программе высшего образования «Лечебное дело» / Е.С. Мазур, В.В. Мазур. Тверской государственный медицинский университет. – Мб. – Тверь, 2018. 35 с. – Текст: электронный.
14. Орлов Ю.А., Комаров И.И. Анемия в терапевтической практике // учебно-методическое пособие для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
15. Дупляков, Д. В. Кардиология, № 1 (12), 2017 [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - ISBN 2309-1908-2017-01 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/2309-1908-2017-01.html>
16. Дупляков, Д. В. Кардиология, № 2 (13), 2017 [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - ISBN 2309-1908-2017-02 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/2309-1908-2017-02.html>
17. Дупляков, Д. В. Кардиология, № 3 (14), 2017 [Электронный ресурс] / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - ISBN 2309-1908-2017-03 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/2309-1908-2017-03.html>
18. Дупляков, Д. В. Кардиология, № 4 (15), / - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - ISBN 2309-1908-2017-04. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/2309-1908-2017-04.html>

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

1. Колесникова И.Ю., Ковешников А.И., Новикова А.С. Кислотозависимые заболевания // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.

2. Колесникова И.Ю., Ковешников А.И., Новикова А.С. Болезни печени и поджелудочной железы // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
3. Колесникова И.Ю., Ковешников А.И., Новикова А.С. Заболевания кишечника // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
4. Мазур Е.С., Мазур В.В., Орлов Ю.А., Кузнецова Н.С., Жухоров Л.С., Баженов Н.Д. Сердечная недостаточность и тромбоэмболия легочной артерии // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
5. Мазур Е.С., Мазур В.В., Орлов Ю.А., Кузнецова Н.С., Жухоров Л.С., Баженов Н.Д. Нарушения ритма сердца // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
6. Мазур Е.С., Мазур В.В., Орлов Ю.А., Кузнецова Н.С., Жухоров Л.С., Баженов Н.Д. Артериальная гипертензия и коронарная болезнь сердца // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
7. Мазур Е.С., Мазур В.В. Пороки сердца // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
8. Мазур Е.С., Мазур В.В. Болезни миокарда, перикарда и аорты // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
9. Орлов Ю.А. Анемии // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.
10. Поселюгина О.Б. Анемии // задачник для обучающихся по основной образовательной программе высшего образования (специалитет) по специальности «Лечебное дело». — Тверь, 2021 г.

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

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

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

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

4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:
 - Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;

- Publisher 2016;
- OneNote 2016.
- 2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.
- 3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro
- 4. Система дистанционного обучения Moodle
- 5. Платформа Microsoft Teams

4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

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

5. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

См. приложение № 2.

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

См. приложение № 3.

VII. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа 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.

VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

Представлены в Приложении № 4

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

Первый этап экзамена проводится по расписанию экзаменационной сессии в виде решения заданий в тестовой форме (**оценка сформированности компетенций ПК-2 и ПК-3 на уровне «Знать»**), допускающих один или более верных вариантов ответа. Для решения предлагается 50 заданий в тестовой форме по изученным 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 этап экзамена (**оценка сформированности компетенций ПК-2 и ПК-3 на уровне «Уметь» и «Владеть»**) проводится 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, лабораторных исследований, навыки формулировки клинического диагноза и назначения соответствующего диагноза лечения.

Экзаменуемый случайным образом выбирает билет, на котором указан номер ситуационной задачи. Экзаменуемому предлагается за 30 минут решить 2 ситуационные задачи с общим числом вопросов 20. При правильном ответе на 90% и более вопросов к задачам выставляется оценка «отлично», при правильном ответе на 80-89% — оценка «хорошо», при правильном ответе на 70-79% — оценка удовлетворительно, при правильном ответе менее чем на 70% вопросов — оценка «неудовлетворительно».

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

Профессиональная компетенция 2

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

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

ОГИБАЮЩАЯ ВЕТВЬ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ {
~%-50%переднюю стенку левого желудочка
~%50%боковую стенку левого желудочка
~%50%нижнюю стенку левого желудочка
~%-50%правый желудочек}

ПЕРЕДНЯЯ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВАЯ ВЕТВЬ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ {

- ~%33.333%переднюю часть межжелудочковой перегородки
- ~%100%заднюю часть межжелудочковой перегородки
- ~%33.333%верхушку левого желудочка
- ~%33.333%переднюю стенку левого желудочка}

ПРАВАЯ КОРОНАРНАЯ АРТЕРИЯ СНАБЖАЕТ КРОВЬЮ {

- ~%33.333%нижнюю стенку левого желудочка
- ~%100%переднюю часть межжелудочковой перегородки
- ~%33.333%заднюю часть межжелудочковой перегородки
- ~%33.333%правый желудочек}

ПРИЧИНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ {

- ~%50%сужение коронарной артерии атеросклеротической бляшкой
- ~%50%спазм коронарной артерии
- ~%50%тромбоз коронарной артерии
- ~%50%тяжелый аортальный стеноз}

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

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

Профессиональная компетенция 3

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

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

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

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

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

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

ПРИ ОКС БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НАЧАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ ДОЗА НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА СОСТАВЛЯЕТ {=5000=5 тысяч=5 ТЫСЯЧ=5 тыс.=5 ТЫС=5 тыс.=5 ТЫС.=пять тысяч=ПЯТЬ ТЫСЯЧ}ЕД ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ СТЕНТА БЕЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОКРЫТИЯ ДВОЙНАЯ АНТИТРОМБОЦИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ, КАК МИНИМУМ, {#30:2} ДНЕЙ

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

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

::01::Ситуационная задача № 1

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

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

~%-33.333%во II межреберье слева от грудины

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

~%-33.333%в IV межреберье справа от грудины

~%50%диастолический

~%-33.333%систолический} ШУМ

::02::Выполнена эхокардиография

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

ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА {

~%-33.333%небольшая

~%-33.333%умеренная

~%50%тяжелая

~%50%аортальная

~%33.333%митральная} НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

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

=расширение аорты

~повреждение створок

~врожденная особенность строения клапана}

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

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

::05::ПАЦИЕНТУ ТРЕБУЕТСЯ {
~хирургическое
~эндоваскулярное
=медикаментозное} ЛЕЧЕНИЕ

::06::С ЭТОЙ ЦЕЛЬЮ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ {
~%-25%бета-адреноблокаторы
~%-25%диуретики
~%-25%сердечные гликозиды
~%50%дигидропиридиновые антагонисты кальция
~%50%ингибиторы АПФ
~%-25%недигидропиридиновые антагонисты кальция}

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

Примеры ситуационных задач для оценивания результатов сформированности ПК-2 и ПК-3 на уровне «Владеть»:

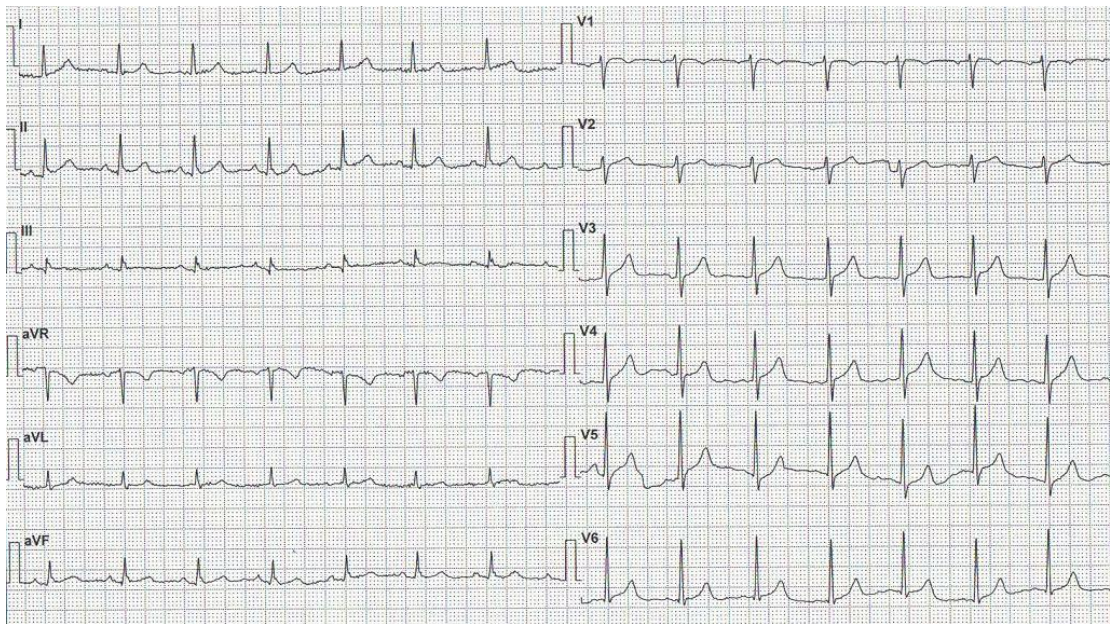
Задача 1

1

Мужчина 28 лет обратился к участковому терапевту на следующий день после эпизода кратковременной потери сознания. На момент визита к врачу жалоб нет. До вчерашнего дня синкопальных или пресинкопальных состояний не отмечалось. Физические нагрузки переносил хорошо. В юношеском возрасте занимался спортом, участвовал в соревнованиях. Однако в последние годы физическая активность была низкой. Вчера принял участие в дружеском футбольном матче и во время игры потерял сознание. Со слов друзей быстро пришел в себя, судорог и непроизвольного мочеотделения не было. Хронические заболевания отрицает. Курит, алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотиков отрицает. У матери с 40-летнего возраста отмечается повышенное артериальное давление, отец здоров. Рост 185 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум по левому краю грудины с эпицентром в точке Боткина-Эрба. На сосуды шеи и в левую подмышечную область шум не проводится. ЧСС 84 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

2

Протокол эхокардиографического исследования: Аорта 3,0 см. АК трехстворчатый, раскрытие 1,9 см, кровоток 1,5 м/с, регургитации нет. ТМЖП 3,1 см, ТЗС 1,6 см, КДР 3,2 см, индекс ММЛЖ 157 г/м², ФВ 65%. Максимальный градиент давления в выносящем тракте ЛЖ в покое 78 мм рт. ст. Нарушений локальной сократимости не выявлено. МК: средне-систолическое движение створок, кровоток 1,1 м/с, регургитация 2 степени. Размер ЛП 4,4 см, объем 78 мл. Диаметр ЛА 2,0 см, СДЛА 28 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,9 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,6 см. ТК не изменен, кровоток 0,6 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,7 см, объем 47 мл. НПВ на выдохе 1,8 см, на вдохе 0,8 см. Полость перикарда не изменена.



Холтеровское мониторирование. Ритм синусовый с ЧСС от 48 (04:32) до 102 (14:12) в 1 мин. Зарегистрировано 24 единичные наджелудочковые экстрасистолы. Девиации сегмента ST не отмечено.

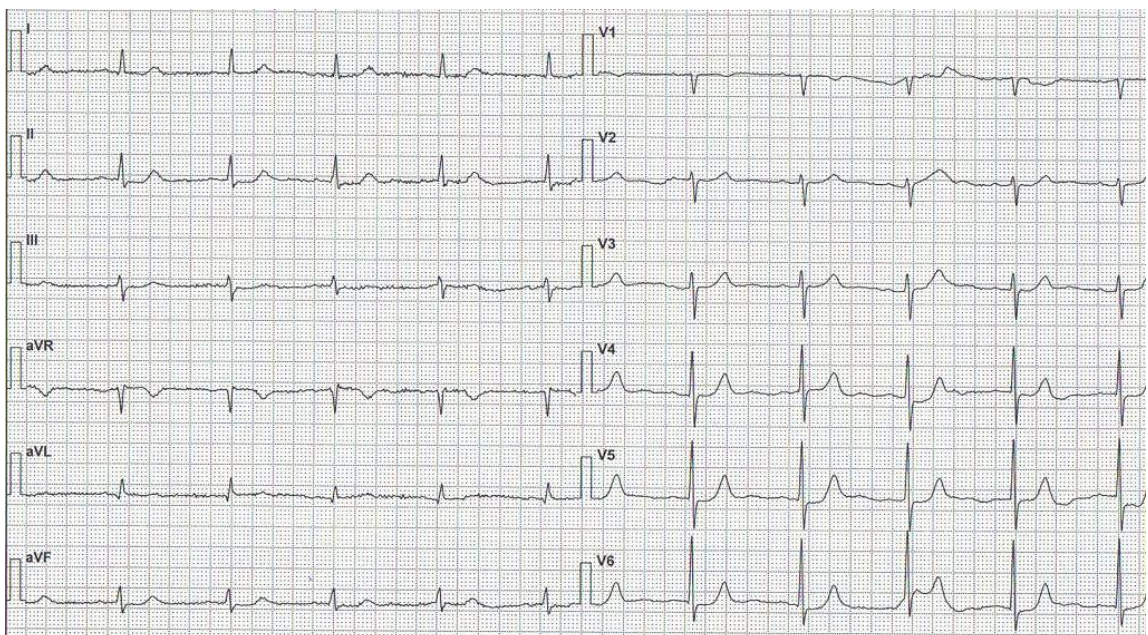
3

Оценка риска и лечение

Задача 2

1

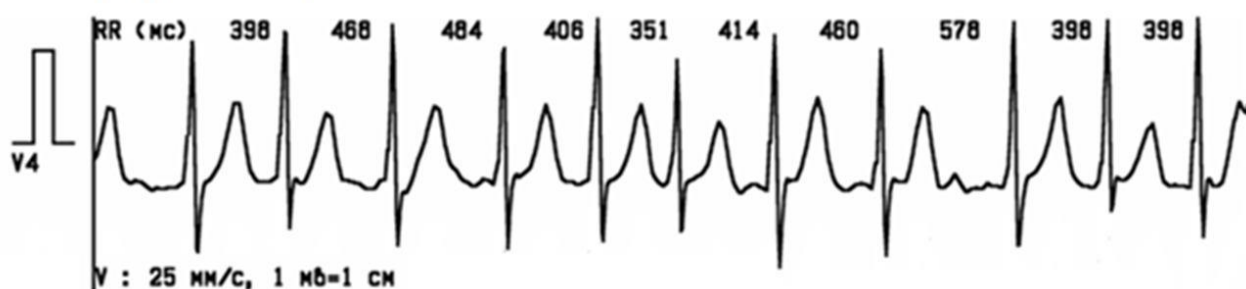
Женщина 37 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на ощущение перебоев сердцебиения, возникающее без видимой причины по несколько раз в день. Перебои сердцебиения стала замечать несколько месяцев назад, но в то время они возникали не ежедневно. В последнее время приступы значительно участились, что и стало поводом для обращения к врачу. Хронические заболевания отрицает, не курит, алкоголем не злоупотребляет. Отец здоров, мать перенесла мозговой инсульт. Рост 165 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.



На фоне основного ритма с ЧСС от 46 до 110 в 1 мин зарегистрировано 986 преждевременных желудочковых комплексов:



За 24 часа мониторинга зарегистрировано 11 эпизодов аритмии длительностью от 30 секунд до 12 минут:



Биохимические исследования крови

Тиреотропный гормон 0,3 мЕд/л (0,25–3,5)

Тироксин свободный 17 пмоль/л (10–27)

Калий 4,1 ммоль/л

Протокол эхокардиографического исследования

Аорта уплотнена, диаметр 3,0 см. АК трехстворчатый, раскрытие 2,0 см, кровоток 1,3 м/с, регургитации нет. ТМЖП 3,2 см, ТЗС 1,5 см, КДР 3,5 см, индекс ММЛЖ 153 г/м², ФВ 63 %. Обструкции выносящего тракта левого желудочка нет. Нарушений локальной сократимости не выявлено. МК: створки не изменены, кровоток 0,87 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,6 см, объем 43 мл. Диаметр ЛА 2,0 см, СДЛА 22 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,9 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,3 см. ТК не изменен, кровоток 0,6 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,3 см, объем 37 мл. НПВ на выдохе 1,8 см, на вдохе 0,7 см. Перикарда не изменен.

Лечение

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.

Методические указания для подготовки студентов к практическим занятиям

Основные положения

Цель и задача практических занятий

Практические занятия на кафедре госпитальной терапии призваны подготовить обучающихся к самостоятельной профессиональной деятельности, связанной с диагностикой и лечением широко распространенных заболеваний внутренних органов. В типичных случаях процесс диагностики и лечения внутренних болезней осуществляется по следующему плану:

1. Клиническое обследование
 - a. выяснение жалоб и анамнеза, объективное исследование пациента;
 - b. анализ собранной информации;
 - c. формулирование и обоснование предварительного диагноза.
2. Дополнительное обследование
 - a. назначение лабораторных и инструментальных исследований, результаты которых позволят подтвердить или отвергнуть предварительный диагноз;
 - b. интерпретация результатов дополнительных исследований;
 - c. формулирование и обоснование клинического диагноза.
3. Назначение лечения
 - a. назначение стартовой терапии в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению диагностированного заболевания;
4. Оценка эффективности и коррекция лечения
 - a. проведение исследований, позволяющих оценить эффективность проводимого лечения;
 - b. принятие решения о продолжении, коррекции или завершении лечения.

Цель практических занятий на кафедре госпитальной терапии — выработать у обучающихся устойчивые навыки эффективной реализации указанного плана в различных клинических ситуациях, возникающих при заболеваниях внутренних органов.

Каждый из представленных выше этапов лечебно-диагностического процесса включает в себя сбор информации, ее анализ и вытекающее из результатов анализа решение (табл. 1).

Таблица 1. Характеристика этапов лечебно-диагностического процесса

Этап	Источник информации	Задача анализа	Выводы / Решение
Клиническое обследование	Беседа с пациентом, объективные исследования	Выявить наиболее вероятную причину обращения пациента за медицинской помощью	Причиной обращения за медицинской помощью служит предварительный диагноз
Дополнительное обследование	Лабораторные и инструментальные исследования	Выявить имеющиеся у пациента заболевания	Пациенту нужна помощь, поскольку у него клинический диагноз
Назначение лечения	Клинический диагноз, клинические рекомендации	Определить оптимальную схему лечения данного пациента	Начать лечение или направить пациента к специалисту
Оценка и коррекция лечения	Беседа с больным, контрольные исследования	Оценить эффективность проводимого лечения	Продолжить, изменить или завершить лечение

Таким образом, **задачей практических занятий** является формирование и закрепление навыков получения диагностически значимой информации, ее анализа и

принятия обоснованных диагностических и терапевтических решений. При этом главной задачей практических занятий **на кафедре госпитальной терапии** служит формирование навыков анализа информации и принятия решений, поскольку формирование навыков получения диагностической информации осуществляется на более ранних этапах обучения. Однако закрепление навыков получения информации, в частности, навыков интерпретации результатов клинического и дополнительного обследования является важной задачей практических занятий на кафедре госпитальной терапии.

Методы формирования навыков лечебно-диагностической работы

«Классическими» методами формирования навыков лечебно-диагностической работы служат самостоятельная индивидуальная или групповая работа обучающихся с больными (**курация**) и совместный осмотр находящегося на лечении пациента с последующим анализом истории его заболевания (**«разбор больного»**). При отсутствии на момент проведения занятия подходящего тематического пациента проводится разбор истории болезни ранее лечившегося больного (**разбор клинического случая**). Реальный или вымышленный клинический случай, специально подготовленный для разбора на практическом занятии, называется **ситуационной задачей**.

Курация больных, разбор больного или клинического случая и решение ситуационных задач относятся к так называемым кейс-методам обучения (от англ. *case* — случай), призванным подготовить обучающегося к самостоятельному решению задач в сфере его будущей профессиональной деятельности. Ниже представлена оценка эффективности перечисленных кейс-методов в формировании различных лечебно-диагностических навыков (табл. 2).

Таблица 2. Оценка эффективности кейс-методов формирования лечебно-диагностических навыков

Навык	Курация	Разбор больных	Разбор случаев
беседы с больным	+	±	–
объективного исследования	+	±	–
обоснования предварительного диагноза	–	+	+
составления плана обследования	–	+	+
интерпретации результатов исследований	±	+	+
обоснования клинического диагноза	+	+	+
назначения лечения	–	+	+
оценки эффективности лечения	+	+	+
оформления медицинской документации	+	±	±

+ метод эффективен, ± метод малоэффективен, – метод неэффективен

Таким образом, разбор клинических случаев (решение ситуационных задач) позволяет эффективно формировать все лечебно-диагностические навыки, за исключением навыков беседы с больным и объективного исследования, которые, как отмечалось выше, должны быть сформированы на предыдущих этапах обучения. Учитывая ограниченные возможности доступа обучающихся к больным, разбор клинических случаев и решение ситуационных задач следует считать основной формой учебной работы на практических занятиях по дисциплине «Госпитальная терапия».

Тематика и структура ситуационных задач

Сотрудниками кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней подготовлено 185 ситуационных задач для практических занятий по 37 темам, распределенные по 12 сборникам (табл. 3). Сборники ситуационных задач в pdf-формате размещены в разделах курса «Госпитальная терапия» системы дистанционного обучения Moodle и на странице кафедры госпитальной терапии сайта Тверского ГМУ.

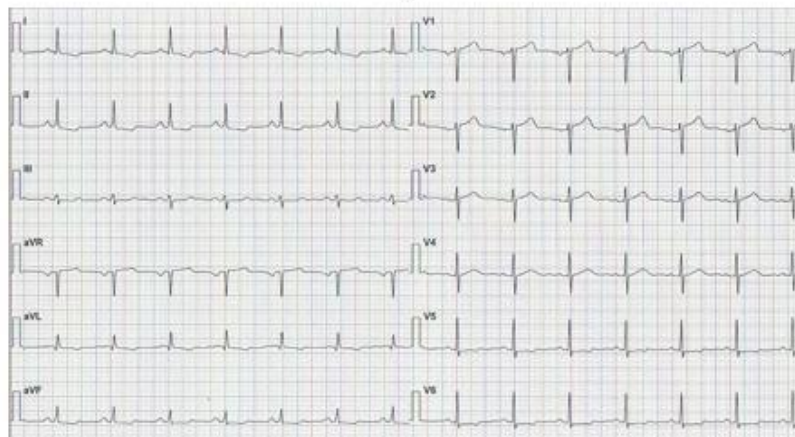
Каждая задача представляет собой описание клинического случая от момента обращения пациента за медицинской помощью до наступления исхода заболевания. Задачи разделены на пронумерованные фрагменты, содержащие либо информацию о пациенте (жалобы и анамнез, результаты исследований, изменение состояния на фоне лечения), либо указание на содержание ожидаемого от обучающегося ответа (рис. 1).

Задача 62

1

Женщина 22 лет направлена к терапевту для профилактического обследования в связи с беременностью сроком 8 недель. Жалоб не предъявляет. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Рост 157 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы обычной окраски, периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны ритмичные, акцент II тона во II межреберье справа от грудины, систолический шум вдоль левого края грудины и в межлопаточной области. Пульс 85 в 1 минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

2



Протокол эхокардиографического исследования

Аорта уплотнена, диаметр восходящего отдела 4,0 см, дуги 3,7 см. В нисходящем отделе грудной аорты чуть ниже устья левой подлопочной артерии выявляется сужение до 8 мм протяженностью 12 мм. Максимальный градиент давления в месте сужения 43 мм рт. ст., средний 24 мм рт. ст. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,9 см, кровоток 1,5 м/с, регургитации нет. ТМЖП 1,32 см, ТЗС 1,26 см, индекс ММЛЖ 117 г, КДР 4,5 см, ФВ 62 %, диастолическая дисфункция 1 степени. МК не изменен, кровоток 0,87 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,8 см, объем 47 мл. Диаметр ЛА 2,1 см, СДЛА 26 мм рт. ст. Кровотока на клапане ЛА 0,9 м/с, регургитация 1 степени. ПЖ 2,5 см. ТК не изменен, кровоток 0,6 м/с, регургитация 1 степени. Размер ПП 3,75 см, объем 47 мл. Диаметр НПВ на выдохе 1,7 см, на вдохе 0,5 см. Полость перикарда не изменена.

3

Лечение

Рисунок 1. Страница из сборника ситуационных задач

Представленная на рисунке ситуационная задача содержит три фрагмента, в первом из которых дано описание клинической ситуации, во втором представлены результаты электрокардиографического и эхокардиографического исследований, в третьем указано на необходимость составить план лечения пациентки.

Фрагменты задачи с информацией о пациенте и результатах проведенных исследований не содержат указаний на характер ожидаемого от обучающегося ответа. В этом случае обучающийся должен **оценить клиническое значение** представленной информации и **принять** на ее основе обоснованное **клиническое решение**.

Порядок коллективного решения задачи

Ситуационная задача разделена на фрагменты, каждый из которых предназначен для обсуждения с одним из обучающихся. Результаты обсуждения (ответ обучающегося) оцениваются по двухбалльной шкале: зачтено (1 балл) или не зачтено (0 баллов). Таким образом, общее число баллов, полученных всеми обучающимися на одном занятии, примерно равно числу фрагментов в решенных на этом занятии задачах.

При этом, согласно принципам кейс-метода, решение задачи должно быть коллективным, причем каждый член коллектива должен участвовать в обсуждении каждого этапа решения. С другой стороны, аудиторное занятие не должно превратиться в несанкционированный митинг, а каждый участник обсуждения должен получить адекватную оценку своего индивидуального вклада в коллективное решение задачи.

Для выполнения таких внутренне противоречивых требований рекомендуется следующий порядок коллективного решения ситуационных задач.

Преподавать случайным образом (то есть не в том порядке, в каком обучающиеся стоят в списке группы) выбирает **спикера** (от англ. *Speaker* — говорящий), с которым будет обсуждаться очередной фрагмент ситуационной задачи. Остальные члены группы автоматически становятся **слушателями**, задача которых — следить за дискуссией между преподавателем и спикером и быть готовыми в любой момент принять в ней участие. Необходимость привлечения к дискуссии дополнительных участников — **оппонентов** (от лат. *opponens* — противопоставляющий) возникает, если спикер дает неверный, неточный или неполный ответ на вопрос преподавателя. В этом случае преподаватель предоставляет слово одному из слушателей, который становится оппонентом и уточняет, дополняет или исправляет ответ спикера.

Таким образом, в решении каждого фрагмента ситуационной задачи обучающиеся участвуют в роли спикера, оппонента или слушателя. При переходе к следующему фрагменту задачи преподаватель перераспределяет роли по своему усмотрению.

Порядок проведения дискуссии и распределения баллов

В ходе обсуждения любого фрагмента ситуационной задачи необходимо проанализировать вновь представленную и/или ранее полученную информацию о пациенте, сделать на ее основе определенные клинические выводы и принять конкретные клинические решения. Хорошо подготовленный спикер может сделать это без помощи преподавателя и оппонентов. Например, ознакомившись с первым фрагментом задачи 62 (рис. 1) спикер может произнести следующий монолог:

«У пациентки уровень АД превышает 130/89 мм рт. ст., что у беременных расценивается как умеренная АГ. Причиной повышения АД может быть гипертензивная реакция на процедуру измерения АД, беременность (гестационная гипертензия) или заболевание, существовавшее до беременности. Срок беременности не превышает 20 недель, что позволяет исключить связь АГ с беременностью. Молодой возраст пациентки не позволяет думать о гипертонической болезни. Таким образом, АГ следует считать симптоматической и искать причину ее развития. Чаще всего, причиной симптоматической АГ служит заболевание почек, однако у пациентки выслушивается систолический шум по левому краю грудины с иррадиацией в межлопаточное пространство. Такой шум может отмечаться при одном из врожденных пороков сердца, а именно, при коарктации аорты, важнейшим проявлением которой служит АГ. Таким образом, предварительный диагноз в данном случае можно сформулировать как ВПС, коарктация аорты, умеренная АГ, беременность 8 недель. Для подтверждения диагноза надо в ходе осмотра измерить АД на ногах и назначить эхокардиографическое исследование. Подтверждением предположения о коарктации аорты будет уровень АД на ногах на 10–20 мм рт. ст. ниже, чем на руках. Эхокардиографическое исследование позволит выявить сужение аорты, обычно, на несколько сантиметров ниже места отхождения левой подпочечной артерии».

Очевидно, что в такой ситуации дискуссия не требуется, а сам ответ бесспорно заслуживает оценки «зачтено» (1 балл). Не менее очевидно, что такие ответы являются не правилом, а достаточно редким исключением. Как правило, обсуждение ситуации превращается в диалог, в котором преподаватель задает вопросы, а спикер и оппоненты на них отвечают. Преподаватель должен сформулировать свои вопросы в такой последовательности и такой форме, чтобы ответы на них сложились в идеальный анализ обсуждаемой ситуации, образец которого был представлен выше.

Вопросы следует формулировать так, чтобы ответы на них позволяли судить не столько о наличии у обучающегося соответствующих знаний и практических навыков, сколько о его умении **анализировать информацию**, делать на ее основе **правильные выводы** и принимать **обоснованные решения**. Иначе говоря, вопросы, как правило, должны содержать формулировки типа «что означает ...», «о чем свидетельствует ...», «какие выводы ...», «что следует ...», «зачем требуется ...», «почему необходимо ...» и так далее. Например, при обсуждении первого фрагмента рассматриваемой ситуационной задачи (рис. 1), первым вопросом может быть: «О чем свидетельствуют результаты измерения АД?»

Кроме того, вопросы должны быть достаточно **конкретными**, чтобы ответы на них можно было однозначно расценить как **верные** или **неверные**. Если спикер неверно отвечает на вопрос, возможность ответить на него предоставляется оппонентам. При невозможности получить правильный ответ от обучающихся, преподаватель отвечает на него сам.

Если спикер в ходе дискуссии верно ответил на большинство вопросов, то за свою работу он получает 1 балл, в противном случае — 0 баллов. Однако у него сохраняется возможность получения баллов за активное участие в дискуссии в роли оппонента.

Критерием активного участия оппонента в дискуссии является правильный ответ не менее, чем на пять вопросов, на которые не смог ответить спикер. При этом не имеет значения, относились ли эти вопросы к одному фрагменту задачи, к разным ее фрагментам или к разным задачам, решенным в ходе занятия.

Методические рекомендации по оформлению кураторского листа

Введение

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

Содержание и оформление кураторского листа

Куратор: студент ... группы ...

Пациент: ... пол возраст ... лет

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

Диагноз на момент курации

Основное заболевание: ...

Осложнения: ...

Сопутствующие заболевания: ...

Жалобы

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

Результаты обследования

Приводятся результаты исследований, подтверждающих основной диагноз или его осложнения.

Дифференциальный диагноз

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

Дополнительное обследование

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

Проведенное лечение и его эффективность

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

Планируемое лечение

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

ПРИМЕР

Пациент КНИ пол мужской возраст 65 лет

Основной диагноз: ИБС.

Стенокардия напряжения III ФК.

Жалобы

Госпитализирован с жалобами на загрудинные боли, которые возникают при ходьбе на дистанцию до 100 м и проходят через несколько минут после приема нитроглицерина. Это — типичная стенокардия напряжения, которая, с учетом пола и возраста пациента, скорее

всего связана с ИБС, то есть со стенозирующим коронарным атеросклерозом. Уровень нагрузки, вызывающей приступ стенокардии, соответствует III ФК.

Анамнез

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

Факторы риска

Мужской пол

Возраст более 55 лет

Гиперхолестеринемия: общий холестерин 6,2 ммоль/л

До появления приступов стенокардии курил на протяжении 45 лет.

Объективное исследование

Признаков основного заболевания нет.

Результаты обследования

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

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

Дифференциальный диагноз

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

Дополнительное обследование

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

Проведенное лечение и его эффективность

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

Планируемое лечение

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

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

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