



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

«Производственная клиническая практика (помощник врача)»

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.05.01 «Лечебное дело»
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач - лечебник
<i>Форма обучения</i>	Очная

<i>Вид практики</i>	Производственная
<i>Тип практики</i>	Производственная клиническая практика (помощник врача)
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	6
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	216

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.01 «Лечебное дело», утвержденного приказом №95 от 9 февраля 2016 года

Составители программы практики:

зав. кафедрой факультетской терапии проф. Болдуева С.А.,
доцент кафедры факультетской терапии Беляева Е.Л.,
доцент кафедры факультетской терапии Иванова М. И.,
зав. кафедрой факультетской хирургии им. И.И. Грекова проф. В.П. Земляной,
доцент кафедры факультетской хирургии им. И. И. Грекова М.М. Нахумов,
ассистент кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова Б.Б. Намазов,
к.м.н., зав. кафедры акушерства и гинекологии проф. Берлев И. В.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии Борисова Л.И.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии Смирнова Н.П.,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии Жигулина Г.А.

Программа практики обсуждена на заседании кафедры факультетской терапии
«13» апреля 2017 г. №15

Программа практики обсуждена на заседании кафедры факультетской хирургии им. И.И. Грекова «20» апреля 2017г. №4

Программа практики обсуждена на заседании кафедры акушерства и гинекологии
«07» апреля 2017г. №7

Одобрено методическим советом лечебного факультета
«21» апреля 2017 г. №4

1. Цели производственной практики:

Целями производственной практики является закрепление и углубление теоретической подготовки, практических навыков, приобретение умений по использованию медицинского оборудования и инструментария, опыта самостоятельной профессиональной деятельности в качестве помощника врача стационара, путем непосредственного участия в деятельности стационара, а также развитие практических знаний и умений, необходимых для работы в профессиональной сфере.

Производственная практика проводится в целях получения профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Производственная практика направлена на закрепление и углубление теоретических знаний, полученных обучающимися по общепрофессиональным и специальным дисциплинам, на приобретение необходимых практических умений и навыков.

2. Задачи производственной практики:

1. закрепление основных знаний врачебной деонтологии и медицинской этики.
2. закрепление навыков обследования больных терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля и интерпретации его результатов;
3. знакомство с организацией и проведением противоэпидемической и санпросвет работы среди населения;
4. закрепление умений постановки клинического диагноза и его обоснования;
5. знакомство с оформлением медицинской документации стационарного больного с учетом медико-экономических стандартов фонда обязательного медицинского страхования (медицинских карт больных, выписок из истории болезни, оформление листа нетрудоспособности);
6. знакомство с порядком выписки, хранения, учета и назначения сильнодействующих, наркотических и дорогостоящих препаратов;
7. знакомство с работой физиотерапевтического отделения, патологоанатомического и других параклинических отделений.
8. грамотное использование клинико-лабораторных данных для клинического анализа симптомов патологического течения беременности и гинекологических заболеваний, постановки и обоснования диагноза; определение лечебной тактики в амбулаторных и стационарных условиях;
9. освоение важнейших методов обследования беременных, рожениц, родильниц, и гинекологических больных;
10. формирование умений и навыков оказания экстренной помощи при акушерско-гинекологической и хирургической патологии, требующей оперативного вмешательства, экстренной терапевтической патологии;
11. формирование организационных навыков по охране труда и техники безопасности;
12. закрепление и продолжение формирования манипуляционных навыков (знаний, умений) и клинического мышления, полученных на практических занятиях в учебном году на кафедрах факультетской терапии, факультетской хирургии, акушерства и гинекологии.

3. Место практики в структуре основной образовательной программы

«Производственная клиническая практика (помощник врача)» относится к Базовой части Блока II основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования, утвержденным приказом № 95 от 9 февраля 2016 г.

Для прохождения практики необходимы знания и умения, полученные при изучении дисциплин: анатомия, нормальная физиология, патофизиология, клиническая патофизиология, патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия, пропедевтика внутренних болезней, факультетская терапия, факультетская хирургия, акушерство и гинекология, фармакология.

4. Способы проведения практики

Практика проводится стационарным/выездным способом(ами), направленными на ознакомление с особенностями профессиональной работы, включая выполнения им временных разовых или постоянных заданий по поручениям руководителей и специалистов учреждений места прохождения практики.

5. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно по видам практик – путем выделения в календарном учебном графике непрерывного периода учебного времени для проведения каждого вида (совокупности видов) практики.

6. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проходит в 8 семестре на базе лечебно-профилактических учреждений (в отделениях терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля), с которыми заключены соответствующие договоры.

Базы практик соответствуют следующим требованиям:

- требованиям, предъявляемым ФГОС ВПО к базам практики по соответствующему направлению,
- ведение деятельности в соответствии с профилем ФГОС ВПО,
- наличие материально-технической базы, соответствующей требованиям, предъявляемым к учреждениям данного вида
- наличие компетентного и высококвалифицированного персонала.

7. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении практики, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения практики у выпускника должны быть сформированы компетенции, установленные программой (в соответствии с ФГОС ВО):

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	Знать	Уметь	Владеть
1	ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	Социально-значимые проблемы и процессы, влияющие на здоровье, изучаемые в пределах дисциплины.	Анализировать социально-значимые проблемы и процессы, влияющие на здоровье.	Навыками анализа и логического мышления.
2	ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации	Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских	Заполнять историю болезни. Выписать рецепт в медицинских организациях	Правильным ведением медицинской документации и в

		и.	организациях терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля. Вопросы экспертизы нетрудоспособности, правила оформления листа нетрудоспособности в медицинских организациях терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля. Организацию профилактических мероприятий в медицинских организациях терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля.	терапевтического, хирургического акушерско-гинекологического профиля. Оформлять лист нетрудоспособности и в медицинских организациях терапевтического, хирургического акушерско-гинекологического профиля. Проводить профилактику инвалидизации по гинекологическим заболеваниям среди взрослого населения	медицинских организациях терапевтического, хирургического акушерско-гинекологического профиля.
3	ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или	Особенности сбора жалоб анамнеза и обследования пациента при выявлении различных заболеваний. Нормальные физиологические показатели сыворотки крови и др. биологических жидкостей в рамках специальности. Особенности инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в рамках специальности	Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников. Провести физикальное обследование пациента. Оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Провести первичное обследование систем и органов. Отличать в сыворотке крови и др. биологических жидкостях нормальные значения уровней	Правилами сбора жалоб, анамнеза и методами оценки данных клинического обследования при различных заболеваниях. Навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов биохимических, биологических жидкостей человека, интерпретацией

		отсутствия заболеваний.		метаболитов от патологически измененных, читать данные лабораторных, патологоанатомических исследований в рамках специальности и объяснить причины различий. Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента. Оценить социальные факторы, влияющие на состояние здоровья пациента.	результатов лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и других методов диагностики.
4	ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики и принципы лечения наиболее распространенных заболеваний терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля	обследовать больных с наиболее частыми терапевтическими, хирургическими, акушерско-гинекологическими заболеваниями; оценивать данные осмотра и опроса больного; формулировать предварительный диагноз; составлять план обследования; давать ближайший и отдаленный прогноз, рекомендации для лечения; проводить лечение больных под руководством врача	методами получения информации у пациента и его родственников: выявлять жалобы, собирать анамнез болезни и жизни, эпидемиологический анамнез; методами общего осмотра и физикального исследования всех органов и систем больного; навыками составления плана лабораторно-инструментального обследования пациента;

					навыками анализа полученных результатов лабораторно-инструментального обследования
5	ПК-10	Готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	клиническую картину, методы диагностики и принципы лечения наиболее распространенных неотложных состояний терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля	проводить оценку и определять тактику лечения при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Методами оказания догоспитальной и госпитальной помощи и определения тактики дальнейшей медицинской помощи при некоторых неотложных состояниях
6	ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	клиническую картину, методы диагностики и принципы лечения наиболее распространенных критических состояниях терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля	проводить оценку и определять тактику лечения при наиболее распространенных критических состояниях терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля	Методами оказания догоспитальной и госпитальной помощи и определения тактики дальнейшей медицинской помощи при наиболее распространенных критических состояниях терапевтического, хирургического,

					акушерско-гинекологического профиля
7	ПК-12	Готовность к ведению физиологической беременности, приему родов.	Организацию акушерской и гинекологической помощи населению, диагностику гинекологических заболеваний, диагностику беременности, методы ведения беременности и приема родов. Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся акушерских состояний и гинекологических заболеваний, Современную классификацию заболеваний, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных состояний в акушерской практике и наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп. Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного гинекологического и акушерского	Провести физиологическую беременность, оказывать помощь при родовспоможении. Подобрать индивидуальный вид оказания помощи для пациентки в соответствии с ситуацией: первая помощь, скорая помощь, госпитализация. Сформулировать клинический диагноз. Разработать план лечебных действий, с учетом срока беременности и состояния пациентки, с учетом протекания болезни и ее лечения. Сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретной пациентки при основных патологических синдромах и неотложных состояниях. Определить путь введения, режим и дозу	Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациентки к соответствующему врачу-специалисту.

			обследования женщин, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику). Критерии диагноза различных заболеваний. Методы лечения и показания к их применению.	лекарственных препаратов. Оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни для уточнения диагноза и получения достоверного результата.	
9	ПК-15	Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.	Принципы обучения пациентов и их родственников основным правилам санитарно-гигиенического режима пребывания пациентов и членов их семей в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля. Принципы обучения пациентов и их родственников навыкам самоконтроля основных физиологических показателей. Принципы обучения пациентов и их родственников и правила проведения среди них занятий по элементам здорового образа жизни.	Проводить обучение пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера в медицинских организациях акушерско-гинекологического профиля. Проводить обучение пациентов и их родственников навыкам самоконтроля основных физиологических показателей. Проводить среди пациентов в организациях акушерско-гинекологического профиля занятия по элементам здорового образа жизни и профилактике	Навыками проведения санитарно-просветительной работы по основным гигиеническим мероприятиям, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний

				заболеваний.	
10	ПК-16	Готовность к просветительской деятельности и по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.	Принципы оценки природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения и подростков в рамках специальности. Принципы осуществления профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней в рамках специальности. Принципы обучения пациентов элементам здорового образа жизни.	Проводить коррекцию природных и медико-социальных факторов среды в развитии болезней у взрослого населения и подростков в рамках специальности. Проводить профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней в рамках специальности. Проводить обучение пациентов элементам здорового образа жизни.	Навыками проведения санитарно-просветительской работы по гигиеническим вопросам в рамках специальности и формирования навыков здорового образа жизни.

8. Структура и содержание практики

Общая продолжительность практики в качестве помощника врача 6 з. ед.: помощник врача терапевтического профиля 4 з. ед. (144 часа), помощник врача хирургического профиля 1 з. ед. (36 часов), помощник врача родильного дома и гинекологического отделения 1 з. ед. (36 часов).

Учебно-тематический план

Содержание практики - раздел терапия.

№ п/п	Тема	Вид деятельности	Кол-во часов	Кол-во манипуляций
1.	Подготовительный этап, включающий инструктаж по технике безопасности: Ознакомительные лекции, инструктаж по вопросам прохождения практики	Медицинская Организационно-управленческая	2	
2.	Работа на отделении терапевтического профиля в качестве помощника врача: Участие в организационных мероприятиях отделения (утренние конференции, обходы заведующего отделением, лечащего врача, профессора, консилиумы, клинические разборы).	Медицинская Организационно-управленческая	15	15

	Прием первичных больных	Медицинская Организационно- управленческая	12	6-8
	Обходы курируемых больных	Медицинская Организационно- управленческая	12	15
	Присутствие с пациентом на различных исследованиях, ознакомление с ходом выполнения процедур.	Медицинская Организационно- управленческая	10	15
	Оформление первичного приема, дневников курации пациентов, обоснований предварительного и окончательного клинического диагноза.	Медицинская Организационно- управленческая	15	20
	Составление планов обследования и лечения пациента.	Медицинская Организационно- управленческая	6	10
	Оформление выписных, этапных и других эпикризов.	Медицинская Организационно- управленческая	6	5
	Знакомство с порядком проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациента в стационаре.	Медицинская Организационно- управленческая	2	5
	Проведение бесед с пациентами на темы здорового образа жизни, первичной и вторичной профилактики наиболее распространенных заболеваний.	Медицинская Организационно- управленческая	4	5
	Участие в проведении аутопсий.	Медицинская Организационно- управленческая	2	2
	Самостоятельное выполнение определенных диагностических и лечебных манипуляций	Медицинская Организационно- управленческая	10	30
3.	Написание рефератов. Подготовка средств наглядного обучения здоровому образу жизни. Описание интересного клинического случая. Изучение дополнительной литературы по заболеваниям курируемых больных.	Медицинская Организационно- управленческая	48	

4.	Промежуточная аттестация по окончании терапевтического раздела практики Собеседование по дневникам практики и отчету о проделанной работе. Компьютерное тестирование в MOODLE. Оценка самостоятельной работы (рефераты, средства наглядной агитации, описания клинических случаев).	Организационно-управленческая	2	
----	--	-------------------------------	---	--

Содержание практики- раздел акушерство-гинекология.

№ п/п	Раздел практики (тематика занятий)	Виды деятельности	Кол-во часов	Кол-во манипуляций
1	Диагностика беременности и методы обследования в отделении патологии беременных. Студент должен уметь (под контролем врача): провести опрос беременной, с помощью врача диагностировать сроки беременности, определить вид, позицию, предлежащую часть (приемы Леопольда-Левицкого). Сроки беременности (календарные, по высоте стояния дна матки и шевелению плода), срок родов, срок дородового отпуска; провести влагалищное исследование. -использовать методы акушерского обследования для дифференциальной диагностики правильных и неправильных положений плода, головного и тазового предлежаний, одноплодной и многоплодной беременности; -совместно с врачом составить план ведения беременной; -провести санитарно-просветительную работу.	Медицинская Организационно-управленческая	5	5
2	Роды физиологические и патологические. Течение и ведение. Студент должен уметь (под контролем врача): -оценить состояние роженицы, родовую деятельность, провести аускультацию плода; -провести профилактику кровотечения в последовом периоде, провести первичную обработку новорожденного, оценку по шкале Апгар, участвовать в реанимационных мероприятиях при асфиксии новорожденного; -поставить диагноз преждевременных родов, составить план ведения беременности и родов на разных этапах прерывания беременности; -определить признаки отделения плаценты, применить способы выделения отделившегося последа, провести осмотр последа, оценить состояние родильницы в реннм помлеродовом периоде, оценить объем кровопотери в родах;	Медицинская Организационно-управленческая	6	3

	-уметь провести наружный массаж матки, осмотр мягких родовых путей; -ассистировать при эпизиотомии, перинеотомии.			
3	Послеродовый период. Течение и ведение. Студент должен уметь (под контролем врача): -оценить общее состояние и акушерский статус роженицы; -провести профилактику послеродовых заболеваний молочных желез, гениталий, раневой инфекции; -провести санитарно-просветительную работу.	Медицинская Организационно -управленческая	6	10
4 й день	Методы обследования гинекологических больных с разной гинекологической патологией. Студент должен уметь (под контролем врача): - собрать акушерско-гинекологический анамнез у гинекологического пациента -поставить предварительный диагноз на основании данных анамнеза и объективного исследования, - взять мазки для бактериоскопического и цитологического исследования (на атипию и гормональный фон); -проводить бимануальное исследование под контролем врача - курировать больных отделения; -заполнять истории болезни под контролем врача. -ведение медицинской документации (истории болезни)	Медицинская Организационно -управленческая	6	6 6 10 6 6 3 3
	Самостоятельная работа Изучение дополнительной литературы Подготовка к тестированию. Написание дневника практики Подготовка к собеседованию	Медицинская Организационно -управленческая	12	
5.	Промежуточная аттестация по окончании практики акушерско-гинекологического раздела Собеседование по содержанию дневника и отчета по практике. Компьютерное тестирование в MOODLE.	Медицинская Организационно -управленческая	1	

Содержание практики – раздел хирургия. Учебно-тематический план.

№ п/п	Раздел практики (тематика занятий)	Вид деятельност и	Кол- во часов	Кол-во манипул аций
----------	---------------------------------------	-------------------------	---------------------	---------------------------

1й день	Диагностика urgentных хирургических заболеваний. Клиника, диагностика, лечение. Острый аппендицит. Атипичные формы острого аппендицита. Осложнения острого аппендицита. Диагностика хирургических осложнений язвенной болезни желудка и 12 п.к. (перфорация, пенетрация, кровотечение, пилородуоденальный стеноз). Показания и выбор метода хирургического лечения. Кровотечение из органов ЖКТ, не язвенной этиологии. Консервативное лечение.	Медицинская Организацияно-управленческая	6	10
2й день	Клиника, диагностика, лечение: Острая кишечная непроходимость. Этиология. Диагностика. Методы консервативного устранения острой кишечной непроходимости. Определение показаний к назначению рентген контрастных методов диагностики острой кишечной непроходимости. Оперативное лечение острой кишечной непроходимости.	Медицинская Организацияно-управленческая	5	7
3й день	Клиника, диагностика, лечение: Перитонит. Этиология. Хирургическое лечение. Грыжи передней брюшной стенки. Диагностика осложнений. Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки (традиционные оперативные пособия, современное лечение грыж передней брюшной стенки). Диагностические манипуляции при острой хирургической патологии. Пункция брюшной полости с диагностической и лечебной целью. Пункция грудной полости при пневмотораксе, гидротораксе.	Медицинская Организацияно-управленческая	6	6
4й день	Клиника, диагностика, лечение: Воспалительные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки. Доброкачественные новообразования подкожно-жировой клетчатки. Инструментальные методы диагностики. Консервативное лечение. Определение показаний к оперативному лечению. Техника оперативных методов лечения. Послеоперационное ведение пациентов. Пневмония. Пролежни.	Медицинская Организацияно-управленческая	6	7
	Самостоятельная работа Изучение дополнительной литературы. Написание дневника практики Подготовка к собеседованию.	Организацияно-управленческая	12	
	Промежуточная аттестация по окончании хирургического раздела практики Собеседование по содержанию дневника, отчета по практике, компьютерное тестирование в MOODLE.	Организацияно-управленческая	1	

9. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности:

- Дневник практики
- Отчет по индивидуальному заданию

Форма аттестации:

- Промежуточная, в форме зачета (с оценкой)

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета с оценкой. Трудоемкость промежуточной аттестации включает: контактную работу (консультации и сдача зачета с оценкой) – 2 часа; самостоятельную работу (подготовка к аттестации) - 4 часа.

После завершения практики на отделениях терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля проводится промежуточная аттестация с оценкой зачтено/ не зачтено. Промежуточная аттестация проводится в следующей форме:

- предоставление характеристики обучающегося, подписанной руководителем практики от профильной организации
- собеседование по содержанию дневника практики
- защита отчета по практике в виде устного доклада о результатах прохождения практики
- компьютерное тестирование, включающее задания по дисциплинам внутренние болезни, хирургические болезни, акушерство, гинекология.

Итоговая аттестация проводится после завершения всех разделов практики.

Итоговая оценка по практике ставится на основании:

- предоставления листа индивидуального задания и рабочего графика (плана), подписанных руководителем от профильной организации
- оценки за ведение дневника практики
- оценки за компьютерное тестирование

Критерии оценивания:

- Отметка «отлично» ставится на основании следующих критериев: программа практики выполнена в полном объеме, без замечаний; во время собеседования обучающийся правильно и в полном объеме ответил на все вопросы; обучающийся не имел нарушений дисциплины; дневник оформлен в соответствии с требованиями, записи в дневнике грамотные, структурированные; обучающийся имеет отличную характеристику руководителя практики от профильной организации.
- Отметка «хорошо» ставится на основании следующих критериев: программа практики выполнена полностью; во время собеседования обучающийся не в полном объеме ответил на вопросы, допустил незначительные неточности; обучающийся допускал незначительные нарушения распорядка работы, например, единичные опоздания; дневник оформлен в соответствии с требованиями, имеются незначительные замечания и ошибки; характеристика, данная руководителем практики от профильной организации, хорошая.
- Отметка «удовлетворительно» ставится на основании следующих критериев: программа практики выполнена не в полном объеме; во время собеседования обучающийся неправильно ответил на вопросы, допустил принципиальные ошибки; обучающийся имел нарушения дисциплины, замечания; дневник оформлен не в соответствии с требованиями, небрежно, с ошибками; характеристика, данная руководителем практики от профильной организации, удовлетворительная.

- Отметка «неудовлетворительно» ставится на основании следующих критериев: программа практики не выполнена; во время собеседования обучающийся продемонстрировал существенные пробелы в знаниях; дневник не оформлен; обучающийся имеет отрицательную характеристику руководителя практики.

10. Фонд оценочных средств

10.1 Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Собеседование по содержанию дневника практики	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины; Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
2.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (варианты)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

10.2. Оценочные средства

Тестовые задания

Перечень тестовых заданий для проведения аттестации (раздел ТЕРАПИЯ)

1. **Основной метод диагностики аортального стеноза:**
 1. -ЭКГ
 2. -рентгенография органов грудной клетки
 3. +ЭХО – КГ
 4. -Ангиография, катетеризация сердца
 5. -Стресс ЭХО КГ

2. Хирургическое лечение показано в следующих случаях:

1. +Асимптоматическим больным при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст. , площади аортального отверстия менее 0,75 см² и снижении систолической функции
2. +Всем больным имеющим жалобы (одышка, стенокардия, обмороки) при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления более 50 мм рт. ст. , площади аортального отверстия менее 0,75 см²
3. -В возрасте не старше 60 лет
4. -В возрасте не старше 80 лет
5. -Асимптоматическим больным при трансаортальном максимальном систолическом градиенте давления 30-50 мм рт. ст. ,

3. Для клинических проявлений аортального стеноза характерно:

1. +одышка
2. +обмороки
3. +стенокардия при физических нагрузках
4. -повышение систолического давления
5. -снижение диастолического давления

4. У больного с аортальным стенозом выявляется:

1. -капиллярный пульс
2. -пляска каротид
3. +систолический шум во II межреберье справа от грудины
4. +систолическое «кошачье мурлыканье» на основании сердца
5. +усиленный верхушечный толчок

5. При объективном осмотре у пациента с аортальной недостаточностью могут выявляться:

1. +Пульсация зрачков (их сужение и расширение)
2. -симптом Ортнера
3. +симптом Мюссе
4. +систолическое дрожание на основании сердца
5. -систолический шум на верхушке, проводящийся в аксиллярную область

6. При объективном осмотре у пациента с аортальной недостаточностью могут выявляться:

1. +ослабление первого тона на верхушке
2. -усиление первого тона на верхушке
3. +симптом Мюссе
4. +патологический третий тон
5. +шум Флинта

7. При объективном осмотре у пациента с аортальной недостаточностью могут выявляться:

1. -усиление первого тона на верхушке
2. +симптом Дюрозье
3. -систолический шум на верхушке, проводящийся в аксиллярную область
4. -низкое пульсовое давление
5. +двойной тон Траубе

8. Для установления диагноза II стадии гипертонической болезни необходимо:

1. -отсутствие поражения органов-мишеней;

2. +наличие поражения органов-мишеней
3. -наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней
4. -факторы риска отсутствуют

9. Для установления диагноза I стадии гипертонической болезни необходимо:

1. +отсутствие поражения органов-мишеней
2. -наличие поражения органов-мишеней;
3. -наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней

10. Для установления диагноза III стадии гипертонической болезни необходимо:

- 1) -отсутствие поражения органов-мишеней;
- 2) -наличие поражения органов-мишеней;
- 3) +наличие ассоциированных клинических состояний
- 4) -факторы риска отсутствуют

11. 3-й степени артериальной гипертензии соответствует один из ниже перечисленных уровней АД

1. -160/100- 179/109 мм.рт.ст.
2. -140/90- 159/99 мм.рт.ст
3. +более 180/110 мм.рт.ст.
4. -менее 139/89 мм.рт.ст.

12. Состояния, не требующие обязательной госпитализации при АГ:

1. +неосложненный гипертонический криз
2. -гипертоническая энцефалопатия,
3. -геморрагический или ишемический инсульт,
4. -острая левожелудочковая недостаточность;
5. -инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия

13. ЭКГ- признаки гипертрофии левого желудочка:

1. -увеличение амплитуды зубца "R" в правых грудных отведениях;
2. +увеличение амплитуды зубца "R" в левых грудных отведениях;
3. +увеличение амплитуды зубца "S" в правых грудных отведениях;
4. - расширение и деформация комплекса «QRS» в левых грудных отведениях;
5. +отклонение электрической оси сердца влево.

14. К обязательным исследованиям при артериальной гипертензии относятся:

1. +общий анализ крови и мочи;
2. -определение уровня катехоламинов крови;
3. +ЭКГ;
4. -суточное мониторирование ЭКГ;
5. -сцинтиграфия почек;
6. +осмотр глазного дна.

15. Биохимический анализ крови при артериальной гипертензии включает:

1. +определение уровня креатинина;
2. -определение уровня катехоламинов крови;
3. +определение уровня глюкозы натощак;
4. -определение уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ);
5. +определение уровня холестерина.

16. Из ниже перечисленных биохимических показателей выберите наиболее специфичный для острого инфаркта миокарда

1. -АСТ
2. -ЛДГ
3. +Тропонин-Т
4. -АЛТ

17. Изофермент КФК, увеличивающийся при ОИМ

1. -КФК-ММ
2. +КФК-МВ
3. -КФК-ВВ
4. -КФК-ВР
5. -КФК-МР

18. Укажите зоны иррадиации болевого синдрома при остром инфаркте миокарда

1. +в левое плечо
2. +в левую руку
3. -в левую ногу
4. +в левую часть нижней челюсти

19. Абсолютными ЭКГ критериями ОИМ являются:

1. +элевация сегмента ST
2. +вновь появившаяся ПБЛНПГ
3. -А-В блокада II степени II типа
4. -пароксизмальная тахикардия
5. -фибрилляция предсердий

20. Критерии для диагностики острого инфаркта миокарда

1. +ЭКГ
2. -Размеры сердца
3. +Титры маркеров некроза миокарда
4. -Повышение давления в легочной артерии при ЭХО-КГ
5. +Боли за грудиной более 30 мин.

21. Для того, чтобы заподозрить развитие инфаркта миокарда, длительность болевого синдрома должна быть не менее

1. -60 минут
2. -10 минут
3. +30 минут
4. -45 минут
5. -75 минут

22. К группе фибринолитиков относятся

1. -гепарин
2. +альтеплаза
3. -аспирин
4. +стрептокиназа
5. -эноксипарин

23. После перенесенного ОИМ пациент должен получать

1. +дезагреганты
2. -антагонисты Са

3. +в-блокаторы
4. +статины
5. +ингибиторы АПФ

25. Этиологическим фактором развития инфекционного эндокардита являются:

1. +стрептококки
2. +стафилококки
3. -химическое воздействие
4. +вирусы
5. +грибы

26. Лабораторные изменения у больных инфекционным эндокардитом:

1. +выделение бактерий из крови
2. -выделение бактерий из мочи
3. +характерен лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения
4. +анемия
5. +повышение СОЭ

27. Большими клиническими критериями инфекционного эндокардита являются:

1. +Положительная гемокультура из двух отдельных проб крови типичных микроорганизмов
2. -Внебольничные штаммы *reptostreptococcus*
3. +Характерные эхокардиографические признаки поражения эндокарда (вегетации на клапанах и других структурах сердца, абсцесс или дисфункция искусственных клапанов, появление признаков вновь возникшей регургитации на клапанах и др.)
4. -Протеинурия $>3,0$ г/л
5. -Наличие инфильтрации в легких

28. Малыми клиническими критериями ИЭ являются:

1. +предшествующие заболевания сердца
2. +внутривенную наркоманию,
3. -снижение артериального давления
4. +сосудистые (артериальные эмболии, инфаркты лёгких, микотические аневризмы, внутричерепные кровоизлияния, геморрагии в конъюнктиву, симптом Лукина)
5. +иммунологические проявления (гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, положительная проба на ревматоидный фактор)

29. Абсолютными показаниями к имплантации постоянной ЭКС являются:

1. +синдром Фредерика
2. -А-В блокада I степени
3. +симптомная А-В блокада II степени Мебитц II
4. +симптомная полная А-В блокада (А-В блокада III степени)
5. -ширина комплекса QRS 0,12 сек

30. Абсолютными показаниями к имплантации постоянной ЭКС являются:

1. +клинически бессимптомная А-В блокада III степени
2. -А-В блокада I степени
3. +бессимптомная А-В блокада II степени Мебитц II
4. -паузы более 3 секунд при любой блокаде
5. +Приступы Морганьи-Эдемса-Стокса (МЭС)

31. Клинические критерии эффективности антибактериальной терапии при инфекционном эндокардите.

1. -улучшение общего состояния больных в первые 48-72 часа лечения, появление аппетита, уменьшение астении, исчезновение ознобов, потливости и лихорадки.
2. +клинический эффект наступает через 3-6 суток (значительно снижаются температура тела, ознобы, петехии, эмболические проявления, прекращается снижение гемоглобина, замедляется СОЭ, определяется стерильная гемокультура)
3. -В конце 2-3-й недели нормализуется лейкоцитарная формула крови, существенно замедляется СОЭ, уменьшаются размеры печени и селезёнки, нормализуются показатели острофазовых реакций

32. Основными предрасполагающими факторами развития инфекционного эндокардита являются:

1. +Изменения клапанного аппарата сердца
2. -Ишемическая болезнь сердца
3. +Дефект межжелудочковой перегородки
4. -Гипертоническая болезнь
5. +Дефект межпредсердной перегородки

33. При инфекционном эндокардите наиболее часто развиваются:

1. +аортальная недостаточность
2. -аортальный стеноз
3. -митральная недостаточность
4. -митральный стеноз.
5. -недостаточность клапана легочной артерии

34. Критическим митральный стеноз называется при площади митрального отверстия:

1. $< 2 \text{ см}^2$.
2. $< 3 \text{ см}^2$.
3. $< 1 \text{ см}^2$.
4. $< 0.1 \text{ см}^2$.
5. $< 1,5 \text{ см}^2$

35. Первая жалоба больного с митральным стенозом:

1. -отеки на нижних конечностях
2. -отеки на лице
3. -увеличение печени
4. +одышка
5. -кашель

36. При аускультации при митральном стенозе 1 тон:

1. -ослаблен
2. +хлопающий
3. -не изменен
4. -раздвоен
5. +усилен

37. Типичные осложнения митрального стеноза :

1. -инфаркт миокарда
2. +фибрилляция предсердий
3. +отёк легких
4. -астматический статус
5. +сердечная астма

38. Ритм перепела включает:

1. -ослабленный 1 тон
2. +хлопающий 1 тон
3. +митральный щелчок
4. +диастолический шум
5. -систолический шум

39. Для митральной недостаточности характерно:

1. +ослабление 1 тона
2. -хлопающий 1 тон
3. +акцент 2 тона над легочной артерией
4. -акцент 2 тона над аортой
5. -систолический шум на верхушке и в точке Боткина
6. -диастолический шум на верхушке и в точке Боткина

40. Наиболее частой причиной митрального стеноза является:

1. +острая ревматическая лихорадка
2. -атеросклероз
3. -артериальная гипертензия
4. -инфекционный эндокардит
5. -врожденный митральный стеноз

41. При возникновении фибрилляции предсердий при митральном стенозе показано назначение:

1. -аспирина
2. +варфарина
3. -плавикса
4. -гепарина
5. -эноксипарина

42. Хирургическая коррекция митрального стеноза включает:

1. +комиссуротомия
2. +протезирование митрального клапана
3. +баллонная вальвулопластика
4. -стентирование
5. -ангиопластика

43. Осложнение митрального стеноза:

1. -сепсис
2. +отек легких
3. -пневмония
4. -ХОБЛ
5. -инфаркт миокарда

44. Этиопатогенетически пневмонии подразделяют на:

1. +атипичные
2. +внебольничные
3. +госпитальные
4. -крупозные
5. +пневмонии у лиц с тяжелыми дефектами иммунитета

45. Крепитация выслушивается при

1. -бронхите

2. -бронхиальной астме
3. +крупозной пневмонии
4. -сухом плеврите.
5. - экссудативном плеврите

46. Укорочение перкуторного звука и усиление голосового дрожания наблюдается при

1. -остром бронхите
2. -бронхиальной астме
3. +крупозной пневмонии
4. -экссудативном плеврите.

47. Наиболее информативный метод диагностики пневмонии

1. -анализ мокроты
2. -анализ крови
3. +рентгенография грудной клетки
4. -плевральная пункция.
5. -спирометрия

48. Основными жалобами при острой пневмонии являются

1. -боли в крупных суставах
2. +общая слабость, недомогание, озноб
3. -боли в области сердца
4. +боли в грудной клетке при дыхании
5. +продуктивный кашель.

49. Укажите типичную этиологию внебольничной пневмонии

1. +стрептококки
2. +микоплазма
3. -стафилококки;
4. +гемофильная палочка
5. -цитомегаловирус.

50. Деструкция легочной ткани чаще всего развивается при пневмонии, вызванной

1. +клебсиелла
2. +стафилококк
3. -стрептококк
4. -микоплазма.

51. Критерии синдрома ателектаза при пневмонии

1. +уменьшение или полное прекращение отхождения мокроты
2. +ослабление дыхания на отдельном участке
3. +внезапное исчезновение хрипов, выслушивавшихся ранее в конкретной точке
4. -наличие усиления легочного рисунка
5. -гиперпродукция мокроты.

52. К нестабильной стенокардии относится:

1. +впервые возникшая стенокардия
2. +прогрессирующая
3. +ранняя постинфарктная стенокардия
4. -стенокардия III ф.кл
5. -стенокардия II ф.кл

53. Формы ИБС:

1. +внезапная коронарная смерть
2. -гипертоническая болезнь
3. +инфаркт миокарда
4. +постинфарктный кардиосклероз
5. +стенокардия

54. Для болей при стенокардии характерно:

1. -боли при глубоком дыхании
2. -боли, купирующиеся приемом антацидов
3. +купирующиеся приемом нитратов
4. -боль, от которой пациент может отвлечься
5. +боль при физической нагрузке

55. Нагрузочный тест может быть прекращен при:

1. +появлении ишемических изменений ЭКГ
2. -появлении болей в грудном отделе позвоночника
3. +резком подъеме артериального давления
4. +при появлении болей в грудной клетке
5. -увеличении ЧСС до 120 в мин.

56. Наиболее достоверные методы для подтверждения (диагностики) стенокардии напряжения:

1. +велоэргометрия
2. -суточное мониторирование ЭКГ
3. +тредмил-тест
4. -ЭКГ в покое
5. -ЭХО-КГ

57. Препараты первого ряда для лечения стабильной стенокардии:

1. -анальгетики
2. + β -блокаторы
3. -блокаторы Са - каналов
4. +дезагреганты
5. -ингибиторы АПФ

58. Эффект от нитроглицерина у больных стенокардией связан с:

1. -замедлением частоты сердечных сокращений
2. +расширением коронарных артерий
3. +расширением периферической венозной сети
4. -прямым обезболивающим эффектом
5. +увеличением высвобождения NO

59. К немедикаментозным методам лечения больных со стенокардией относят:

1. +прекращение курения
2. -употребление большого объема алкоголя
3. +физическая активность
4. +нормализация массы тела
5. -употребление в пищу жирных мясных продуктов, печени

60. Для стенокардии 2 ф.к. характерно:

1. -нет ограничения физической активности
2. +боли в грудной клетке, возникающие при подъеме на 3 этаж
3. +небольшое ограничение физической активности
4. -редкие приступы болей в грудной клетке в покое
5. +боли в грудной клетке, возникающие при быстрой ходьбе

61. Для «бронхитического» типа развития ХОБЛ характерно

1. +диффузный синий цианоз;
2. -розовато-серый цианоз;
3. -акроцианоз.
4. -бледно-желтый цвет кожи
5. -плеторичный цвет кожи

62. Хроническое воспаление дыхательных путей при ХОБЛ имеет

1. +нейтрофильный характер с повышением содержания макрофагов и CD8, Т- лимфоцитов;
2. -эозинофильный характер с повышением содержания CD4 Т-лимфоцитов;
3. -нейтрофильный характер с повышением содержания макрофагов и CD4
4. -Т-лимфоцитов;
5. -эозинофильный характер с повышением содержания CD8 Т лимфоцитов.

63. Факторы риска ХОБЛ

1. -использование сильнопахнущих парфюмерных средств
2. +курение
3. +воздушные поллютанты
4. +недостаточность α_1 антитрипсина

64. Критерий «Злостный» курильщик, если количество сигарет, выкуриваемых в течение дня, умножить на число месяцев в году, в течение которого человек курит, и если результат превысит

1. +120;
2. -110
3. -100
4. -90
5. -80

65. Для «эмфизематозного» типа развития ХОБЛ характерно

1. +малопродуктивный кашель;
2. -гиперпродукция мокроты;
3. -гиперкапния.
4. -гипокапния

66. Средства, используемые при лечении больного ХОБЛ

1. +санационная бронхоскопия
2. +отхаркивающие и муколитические препараты
3. -цитостатики
4. -антагонисты кальция
5. +бронходилататоры.

67. Муколитическими препаратами являются

1. -тетрациклин;
2. -сальбутамол;
3. +ацетилцистеин;

4. +амбругексал;
5. -преднизолон

68. Оценка результатов спирометрии проводится в соответствии с

1. -абсолютными величинами;
2. +должными величинами;
3. -нормальными величинами;
4. -дробные величины.

69. У больного слабость, плохой аппетит, шаткая походка, бледность кожи слизистых, иктеричность. В крови Нб 70г/л, макроцитоз, тельца Жоли. Эр $1,9 \times 10^{12}/л$ MCV 130. В костном мозге мегалобластический тип кроветворения. Ваш предположительный диагноз.

1. -железодефицитная анемия
2. -острый лейкоз
3. +В₁₂-дефицитная анемия
4. -хронический лейкоз
5. -гемолитическая анемия

70. Для железодефицитной анемии характерно

1. -гиперхромия, микроцитоз
2. -гипохромия, макроцитоз, мишеневидные эритроциты
3. +гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки
4. -гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки.

71. При лечении витамином В₁₂

1. -ретикулоцитарный криз развивается через 2 недели лечения
2. -ретикулоцитарный криз развивается через 12-24 часа от начала лечения
3. +ретикулоцитарный криз развивается на 5-8-й день от начала лечения
4. -ретикулоцитарный криз развивается на 2-4-й день от начала лечения

72. Для лечения дефицита железа следует назначать:

1. -препараты железа внутривенно в сочетании с мясной диетой
2. -препараты железа внутривенно в сочетании с витаминами группы В в/м.
3. -регулярные трансфузии эритроцитарной массы в сочетании с богатой фруктами диетой.
4. +препараты железа внутрь на длительный срок

73. Врожденные гемолитические анемии:

1. -апластическая анемия
2. +болезнь Миньковского-Шоффара
3. -аутоиммунная гемолитическая анемия
4. +дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
5. +талассемия

74. Признаки аутоиммунной гемолитической анемии:

1. -гипохромная анемия
2. +спленомегалия
3. +положительная проба Кумбса
4. -микросфероцитоз
5. +нормохромная анемия

75. Внутрисосудистый гемолиз характеризуется:

1. -гемолизом в селезенке
2. +гемоглобинурией
3. -отсутствием свободного гемоглобина в крови
4. +разрушением эритроцитов в просвете сосудов
5. -гемолизом в костном мозге

76. Признаки гемолитической анемии:

1. -повышение прямого билирубина
2. +повышение непрямого билирубина
3. +повышение ретикулоцитов
4. -нормальное количество ретикулоцитов
5. +наличие анемии

77. Талассемия характеризуется:

1. -повышением гемоглобина А
2. +повышением гемоглобина А2
3. +повышением гемоглобина F
4. -повышением гемоглобина S
5. +понижением гемоглобина А

78. Характеристика костного мозга при гемолитических анемиях:

1. -неизмененный костный мозг
2. -гипоклеточный костный мозг
3. -мегалобластический тип кроветворения
4. +«расширение» эритроидного ростка кроветворения
5. -увеличение бластов

79. Препараты для лечения аутоиммунной гемолитической анемии (АИГА):

1. +глюкокортикостероиды
2. -нестероидные противовоспалительные средства
3. +цитостатические иммунодепрессанты
4. -антикоагулянты

80. Если у больного имеется гематомный тип кровоточивости и поражение опорно-двигательного аппарата, то следует заподозрить:

1. -геморрагический васкулит
2. -ДВС-синдром
3. -идиопатическую тромбоцитопеническую пурпуру
4. +гемофилию
5. -тромбоцитопатию

81. Для диагностики гемофилии применяется:

1. +определение времени свертываемости
2. -определение времени кровотечения
3. +добавление образцов плазмы с отсутствием одного из факторов свертываемости
4. -определение плазминогена
5. -определение протромбина

82. Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа) относится к геморрагическим диатезам, обусловленным

1. -нарушением плазменного звена гемостаза.
2. +нарушением мегакариоцитарно-тромбоцитарной системы

3. -нарушением сосудистой системы
4. -сочетанными нарушениями
5. -врожденной патологией

83. Клинические признаки тромбоцитопении появляются при уровне тромбоцитов

1. -менее $400 \times 10^9 / \text{л}$
2. -менее $200 \times 10^9 / \text{л}$
3. -менее $100 \times 10^9 / \text{л}$
4. +менее $50 \times 10^9 / \text{л}$
5. -менее $10 \times 10^9 / \text{л}$

84. Тип кровоточивости при аутоиммунной тромбоцитопении

1. -гематомный
2. +пятнисто-петехиальный
3. -ангиоматозный
4. -васкулитно-пурпурный (петехиальный)
5. -смешанного характера

85. В костном мозге при аутоиммунной тромбоцитопении наблюдается

1. +расширение мегакариоцитарного ростка
2. -сужение мегакариоцитарного ростка
3. -угнетение кроветворения
4. -расширение эритроидного ростка
5. -сужение эритроидного ростка кроветворения

86. В лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры эффективно

1. -викасол
2. +глюкокортикостероиды
3. -свежезамороженная плазма
4. +спленэктомия
5. +цитостатики

87. К пролиферативным гломерулонефритам относятся:

1. +диффузный пролиферативный эндокапиллярный (острый инфекционный);
2. +экстракапиллярный (диффузный с полулуниями, быстро прогрессирующий);
3. +мембранно-пролиферативный;
4. -минимальных изменений;
5. +мезангио-пролиферативный (Ig нефропатия, болезнь Берже);
6. -мембранозный.

88. Клинические проявления хронического гломерулонефрита характеризуются сочетанием основных синдромов

1. +мочевого;
2. +нефротического;
3. -болевого;
4. +гипертензионного

89. Составляющие нефротического синдрома:

1. +массивная протеинурия;
2. +гипоальбуминемия;
3. +отеки;
4. -гиперальбуминемия;

5. +гиперлипидемия;
6. -микрогематурия

90. Методы диагностики, которые позволяют оценить функцию почки:

1. -компьютерная томография почек;
2. -посев мочи на флору;
3. +проба Зимницкого;
4. +проба Реберга;
5. +радиоизотопная ренография;
6. -УЗИ почек.

91. Этапами патогенеза нефротических отеков являются

1. +гипоальбуминемия;
2. +массивная протеинурия;
3. +активация РААС;
4. +переход жидкости в интерстициальное пространство;
5. -активация симпато-адреналовой системы

92. Первичная профилактика острого гломерулонефрита заключается в:

1. -своевременной госпитализации;
2. +своевременном лечении стрептококковой инфекции;
3. -своевременном лечении осложнений
4. -своевременном отдыхе

93. Достоверно установить морфологический вариант хронического гломерулонефрита позволяет:

1. -компьютерная томография;
2. -проба Реберга;
3. -проба Зимницкого;
4. -ультразвуковое исследование;
5. +пункционная биопсия почек; *
6. -ренография

94. У больного гломерулонефритом используют следующие методы обследования:

1. -посев мочи для выявления β -гемолитического стрептококка группы А
2. -проба Зимницкого
3. +оценка СКФ по MDRD
4. +пункционная биопсия;
5. -проба по Нечипоренко

95. Патогенетическая терапия гломерулонефритов включает в себя:

1. -диуретики;
2. +цитостатики;
3. _гемодиализ;
4. +глюкокортикоиды.

96. Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать о

1. -эритремии
2. -железодефицитной анемии
3. +остром лейкозе
4. -В12 дефицитной анемии

97. Причина анемии при остром лейкозе

1. -продукция аутоантител к эритроцитам
2. -нарушение продукции эритропоэтина
3. +нарушение образования эритроцитов в костном мозге
4. -нарушение всасывания железа
5. -дефицит витаминов и микроэлементов

98. Основное различие острых и хронических лейкозов

1. -характер начала заболевания
2. -продолжительность жизни
3. +степень созревания опухолевых клеток
4. -выраженность клинических синдромов

99. Основным методом, подтверждающим наличие острого лейкоза является

1. -клинический анализ крови
2. -УЗИ брюшной полости
3. -исследование спинномозговой жидкости
4. +исследование костного мозга
5. -биохимический анализ крови

100. Для диагностики хронического пиелонефрита используют:

1. +общий анализ мочи;
2. -проба Реберга;
3. +проба Зимницкого;
4. +проба Нечипоренко;
5. +УЗИ почек.

101. Пробы, позволяющие оценить концентрационную функцию почек:

1. -Аддиса – Каковского;
2. -Амбурже;
3. +Зимницкого;
4. -Нечипоренко;
5. +Фольгарда (с сухоедением).

102. Развитию пиелонефрита способствуют:

1. +Нарушения местного иммунитета
2. -Гормональные нарушения
3. +Нарушение уродинамики
4. -Прием нефротоксических препаратов

103. Морфологические изменения, характерные для хронического пиелонефрита.

1. +постепенное уменьшение почки в размере.
2. -морфологические изменения обычно симметричны;
3. +чашечно-лоханочная система расширяется, деформируется;
4. -изменения в паренхиме локализуются в мозговом слое;
5. +изменения в паренхиме локализуются в корковом слое.

104. При истинной бактериурии количество микроорганизмов в 1 мл мочи для E. coli:

1. -более 100;
2. -более 1000;
3. -более 10^4 ;

4. +более 10^5 ;
5. -более 10^6 .

105. Для диагностики хронического пиелонефрита необходимо выполнить:

1. -биопсию почек;
2. +внутривенную урографию;
3. +общий анализ мочи;
4. +посев мочи;
5. +Пробу Зимницкого;
6. -пробу Реберга.

106. Урография при пиелонефрите позволяет

1. +определить размеры почек;
2. +определить положение почек;
3. -выявить инфекцию в мочевыводящих путях;
4. +выявить конкременты;
5. -выявить начальную почечную недостаточность

107. Методы лечения обострения хронического пиелонефрита

1. +Антибактериальная терапия
2. +Дезинтоксикационная терапия
3. -Гормональная терапия
4. -Фитотерапия
5. -Санаторно-курортное лечение

108. Препараты, которые применяются для лечения хронического пиелонефрита:

1. +норфлоксацин;
2. +палин;
3. -преднизолон;
4. -беродуал
5. -циклофосфан.

109. У больного 45 лет, страдающего пиелонефритом, из мочи высеяна кишечная палочка, устойчивая к ампициллину и гентамицину. Выберите препарат для дальнейшего лечения

1. -пенициллин
2. +цефалоспорины (абактал)
3. -эритромицин
4. -кларитромицин
5. -преднизолон

110. Сиднейская классификация хронических гастритов включает:

1. -гастрит с повышенной кислотностью;
2. -гастрит с пониженной кислотностью;
3. +гастрит типа А – аутоиммунный, атрофический;
4. +гастрит типа В – хеликобактерный, неатрофический.

111. Характеристика боли при хроническом гастрите:

1. -локализация в мезогастррии, возникающая ночью;
2. -локализация в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо;
3. +локализация в эпигастриальной области, возникает после еды;
4. -локализация в эпигастрии, купирующаяся приемом пищи;
5. -опоясывающая в эпигастрии, возникает после жирной пищи.

112. Основные синдромы обострения хронического гастрита

1. +симптом желудочной диспепсии.
2. +болевого синдром (ранние боли, поздние боли, двухволновые боли).
3. +симптом кишечной диспепсии.
4. -демпинг-синдром
5. -синдром холестаза.

113. Точный диагноз хронического гастрита можно поставить на основании:

1. -копрограммы;
2. -Ph – метрии желудочного сока;
3. -рентгенографии желудка с барием;
4. -ультразвуковой диагностики органов брюшной полости;
5. +фиброгастроскопии с результатами гистологического исследования.

114. Факторы, способствующие развитию хронического гастрита:

1. +бактерия *Helicobacter pylori*.
2. +неправильное или нерегулярное питание.
3. +курение, стрессы.
4. -кишечные инфекции, хронические инфекции в полости рта и глотке.
5. -заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы.
6. +длительный прием ряда лекарств (НПВП и т.д.).

115. При гастрите типа А процесс локализуется в:

1. -антральном отделе;
2. -гастроэзофагиальном отделе;
3. -кардии;
4. +теле желудка;
5. -пилорическом отделе.

116. Препараты, снижающие выработку соляной кислоты:

1. -альмагель;
2. +нексиум;
3. +омепразол;
4. -сукральфат;
5. +фамотидин.

117. Препарат, снижающий кислотность в желудке:

1. -кларитромицин
2. -панзинорм
3. +париет
4. -преднизолон
5. -метопролол

118. У больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лимфоцитарный лейкоцитоз, данные симптомы характерны для

1. -В12 дефицитной анемии
2. -Идиопатической аутоиммунной тромбоцитопении
3. +хронического лимфолейкоза
4. -хронического миелолейкоза
5. -эритремии

119. Хронический лимфолейкоз характеризуется

1. -относительным лимфоцитозом
2. -абсолютным лимфоцитозом в крови более $3 \times 10^9/\text{л}$
3. -абсолютным лимфоцитозом более $5 \times 10^9/\text{л}$
4. +абсолютным лимфоцитозом более $10 \times 10^9/\text{л}$

120. Основной причиной развития геморрагического синдрома при лейкозах является

1. -развитие геморрагического васкулита
2. -дефицит плазменных коагулянтов
3. +тромбоцитопения
4. -увеличение селезенки

121. Гистологическая картина, обнаруживаемая в печени, селезенке и лимфатических узлах при хроническом миелолейкозе:

1. +миелоидная метаплазия
2. -дегенеративные гемоглобиновые структуры;
3. -суданфильные гранулы и тельца Ауэра в миелобластах;
4. -анизоцитоз и пойкилоцитоз

122. Лечение О стадии (по RAI) хронического лимфолейкоза

1. -при признаках прогрессирования процесса монохимиотерапия с или без кортикостероидов, флударабин
2. -монохимиотерапия + винкристин и преднизолон.
3. -хлорамбуцил + преднизолон, флударабин, возможна полихимиотерапия (свр, chop).
2. +только наблюдение

123. Препарат выбора при хроническом миелолейкозе

1. +гидроксимочевина
2. -хлорбутин
3. -циклофосфан
4. -миелосан

124. Симптом, наиболее рано появляющийся при билиарном циррозе:

1. -кровоточивость десен
2. -увеличение селезенки
3. +кожный зуд
4. -увеличение АЛТ и АСТ

125. Синдром, патогномоничный для билиарного цирроза печени:

1. -диспептический
2. -астенический
3. -портальной гипертензии
4. +холестаз
5. -печеночная недостаточность

126. В развитие асцита при циррозе печени имеют значение:

1. +вторичный гиперальдостеронизм
2. +гипоальбуминемия
3. -гипонатриемия
4. +портальная гипертензия
5. -накопление аммиака в крови

127. Для аутоиммунного гепатита характерно

1. -желтуха
2. -значительное повышение трансаминаз (более 8-10 норм)*
3. -↑ билирубина и щелочной фосфатазы
4. +↑ γглобулинов
5. +наличие ANA , SMA
6. +системные проявления

128. Для цитолитического синдрома характерно повышение активности:

1. +АСТ
2. -СРБ
3. -γГТП
4. +АЛТ
5. +ЛДГ₅
6. -КФК-MB

129. Антимитохондриальные антитела выявляются при:

1. -алкогольном стеатозе;
2. -болезни Вильсона Коновалова;
3. -остром гепатите А;
4. -остром гепатите В;
5. +первичном билиарном циррозе.

130. При HBV инфекции в фазу репликации в крови обнаруживают

1. +HBV DNA
2. -HBs Ag
3. -HBe Ag*
4. -HBcor Ag

131. При HBV инфекции в фазу интеграции в крови обнаруживают

1. -HBV DNA
2. +HBs Ag
3. +HBe Ab
4. +HBcor Ab Ig G

132. Продолжительность противовирусного курса при хронических вирусных гепатитах

1. -3 месяца
2. +6-12 месяцев
3. -24 месяца
4. -36 месяцев

133. Противовирусные препараты, которые используются при лечении хронических вирусных гепатитах:

1. +α-интерфероны
2. +аналоги нуклеозидов
3. -аналоги рибонуклеозидов
4. -антибиотики
5. +индукторы интерферонов

134. Помощь при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода

1. +установка зонда Блекмора
2. +лигирование вен пищевода

3. -введение антибиотиков
4. +холод на эпигастральную область
5. +введение октреотида

135. Препарат выбора для лечения печеночной энцефалопатии

1. -реаферон
2. -дюспаталин
3. -эссенциале
4. +гепа-мерц
5. -кларитромицин

136. К методам вторичной профилактики инфаркта миокарда относятся:

1. +прием дезагрегантов
2. +прием статинов
3. -прием препаратов ИПП
4. +прием β -блокаторов
5. -прием НПВС

137. Диагноз пароксизмальной формы фибрилляции предсердий устанавливают при длительности приступа:

1. -не более 24 часов
2. +до 7 суток
3. -более 7 суток
4. -продолжительность приступа не имеет значения
5. -2 часа

138. К желудочковой экстрасистолии высоких градаций относится:

1. +полиморфная желудочковая экстрасистолия
2. -мономорфная частая желудочковая экстрасистолия
3. +парная желудочковая экстрасистолия
4. -одиночная редкая желудочковая экстрасистолия
5. +неустойчивая желудочковая тахикардия

139. К аллоритмиям относятся:

1. +желудочковая бигеминия
2. -желудочковая парасистолия
3. +предсердная тригеминия
4. -полиморфная экстрасистолия
5. -единичная желудочковая экстрасистолия

140. Удлинение интервала PQ при А-В блокаде I степени составляет

1. -PQ более 0,25 сек
2. +PQ более 0,20 сек
3. -PQ от 0,25 до 0,28 сек
4. -PQ более 0,14 сек
5. -PQ более 0,12 сек

141. Синусовой брадикардией называется:

1. +синусовый ритм с частотой сердечных сокращений менее 60 в 1 минуту
2. -синусовый ритм с частотой сердечных сокращений более 90 в 1 минуту
3. -синусовый ритм с частотой сердечных сокращений от 60 до 90 в 1 минуту
4. - синусовый ритм с частотой сердечных сокращений менее 70 в 1 минуту

5. -синусовый ритм с частотой сердечных сокращений менее 80 в 1 минуту

142. Наиболее информативным методом для диагностики преходящей атриовентрикулярной блокады является:

1. -ЭКГ в 12 отведениях
2. +суточное мониторирование ЭКГ*
3. -эхокардиография
4. -рентгенография грудной клетки
5. -аускультация сердца

143. Для лечения интермиттирующей (преходящей) А-В блокады II степени I типа, протекающей бессимптомно, показано:

1. -временная кардиостимуляция
2. -медикаментозная терапия беллатаминалом
3. -медикаментозная терапия атропином
4. -имплантация постоянного кардиостимулятора
5. +динамическое наблюдение

144. Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:

1. -рентгенография грудной клетки
2. -трансторакальная эхокардиография
3. +чреспищеводная эхокардиография
4. -перфузионнаясцинтиграфия миокарда
5. -стресс ЭХОКГ

145. Перечислите ЭКГ признаки А-В блокады III степени

1. +постоянный (одинаковый) интервал R-R
2. -фиксированный интервал PQ более 0,30 сек
3. +полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов
4. +постоянный (одинаковый) интервал P-P
5. -удлиненный интервал PQ

146. К ранним клиническим симптомам ХСН относят:

1. -постоянные хрипы в задненижних отделах легких
2. -появление асцита
3. -увеличение печени
4. +появление одышки и цианоза губ при физической нагрузке
5. -появление анасарки

147. Определите функциональный класс ХСН у больного с одышкой, утомляемостью, тахикардией при небольшой физической нагрузке, со значительным ограничением функциональных возможностей организма:

1. -I.
2. -II.
3. +III.
4. -IV.

148. К основным клиническим проявлениям ХСН относятся:

1. -коллапс
2. +одышка
3. +отеки

4. +слабость
5. -перебои в работе сердца

149. Определите стадию ХСН по классификации Стражеско-Василенко у больного с появлением неадекватной тахикардии, одышки, утомляемости при незначительной физической нагрузке; значительное улучшение состояния в покое, даже без терапии. Имеется миогенная дилатация левых камер сердца, застойные явления в малом круге:

1. -I.
2. +IIa
3. -IIб
4. -III.

150. Определите функциональный класс ХСН у больного с одышкой, утомляемостью, тахикардией в покое; физическая нагрузка невозможна:

1. -I.
2. -II.
3. -III.
4. +IV

Распределение тестовых заданий (раздел ТЕРАПИЯ) в соответствии с компетенциями, формируемыми в период прохождения практики, для проведения промежуточной аттестации студентов по производственной клинической практике (помощник врача)

№ компетенции	Описание компетенции	Номер теста
ОК-1	способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	44, 49, 50, 59, 73, 80, 92
ОПК – 6	готовность к ведению медицинской документации	19, 20, 52, 145
ПК – 5	готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	1, 3, 4-11, 13-21, 25-28, 34-40, 43, 45, 48, 51-56, 60-62, 65, 68-70, 74-78, 81-85, 87-91, 93, 96-106, 110-113, 115, 118–121, 124-131, 137-142, 145-150
ПК – 8	способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	32, 59, 63, 92, 114, 136
ПК – 10	готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	2, 12, 22, 23, 29, 30, 31, 42, 41, 57, 58, 66, 67, 71, 72, 79, 86, 95, 107, 108, 109, 116, 117, 122, 123, 132, 133, 134, 135, 143, 144,
ПК – 11	готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	12, 16, 17, 19, 29, 30, 52, 72, 137, 138
ПК-15	Готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыками самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим	,72, 79, 86, 95, 107, 108, 109, 116, 117, 122, 123.

	сохранению и укреплению здоровья, профилактики заболеваний.	
ПК-16	Готовностью к просветительной деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.	44, 49, 50, 59, 73, 80, 92

**Перечень тестовых заданий для проведения
аттестации студентов (раздел АКУШЕРСТВО)**

1. Признак Пискачека для диагностики ранних сроков беременности включает:
 - А. сокращение матки
 - Б. гребневидный выступ на передней поверхности матки
 - В. размягчение в области перешейка
 - + Г. один из углов матки выбухает
 - Д. все верно
2. Структурные изменения шейки матки у первородящих в родах начинаются:
 - А. с области наружного зева шейки матки
 - + Б. с области внутреннего зева шейки матки
 - В. одновременно с наружного и внутреннего зева шейки матки
 - Г. все ответы правильные
 - Д. все ответы неправильные
3. Структурные изменения шейки матки у повторнородящих в родах начинаются:
 - А. с области наружного зева
 - Б. с области внутреннего зева
 - + В. одновременно с наружного и внутреннего зева шейки матки
 - Г. все ответы правильные
 - Д. все ответы неправильные
4. Основным критерием эффективности родовой деятельности является:
 - А. скорость сглаживания шейки матки
 - + Б. скорость раскрытия маточного зева
 - В. излитие околоплодных вод
 - Г. продвижение плода по родовому каналу
 - Д. характер схваток
5. При влагалищном исследовании в первом периоде родов необходимо определить:
 - А. состояние влагалища
 - Б. степень раскрытия маточного зева
 - В. целостность плодного пузыря
 - Г. характер предлежащей части плода и положение стреловидного шва и родничков
 - +Д. все ответы правильные
6. Ультразвуковое исследование в поздние сроки беременности позволяет определить:
 - А. многоводие и многоплодие
 - Б. пороки развития плода и синдром задержки развития плода
 - В. патологию плаценты
 - Г. срок беременности
 - +Д. все ответы правильные
7. Для «зрелой» шейки матки характерны:
 - А. мягкая консистенция
 - Б. расположение шейки по проводной оси таза
 - В. цервикальный канал свободно проходим для одного пальца
 - Г. длина шейки матки 1-1,5 см
 - +Д. верно все
8. Для «незрелой» шейки матки характерны:
 - А. плотная консистенция

- Б. шейка матки отклонена к лону или крестцу
 - В. цервикальный канал закрыт
 - Г. длина шейки матки 2-3 см
 - +Д. верно все
9. Предвестниками родов являются:
- А. опущение дна матки
 - Б. выделение из влагалища слизистой пробки
 - В. снижение двигательной активности плода
 - Г. нерегулярные схватки
- +Д. все ответы правильные
10. Прелиминарный период родов включает:
- А. наличие нерегулярных безболезненных сокращений матки
 - Б. наличие нерегулярных болезненных сокращений матки
 - В. слабые регулярные схватки
 - Г. отсутствие структурных изменений шейки матки
- +Д. Правильно «А» и «Г»
11. В конце I периода родов головка плода:
- А. фиксирована малым сегментом во входе в таз
 - +Б. фиксирована большим сегментом во входе в таз
 - В. в узкой части полости малого таза
 - Г. на тазовом дне
 - Д. прижата ко входу в малый таз
12. Методы диагностики состояния плода в родах:
- А. частота и сила сердечных сокращений плода
 - Б. характер околоплодных вод
 - В. кардиомониторное наблюдение
 - Г. частота шевеления плода
- +Д. правильные ответы А,Б,В
13. Оценка состояния плода по шкале Апгар включает:
- А. частоту сердечных сокращений
 - Б. мышечный тонус и состояние нервных рефлексов
 - В. характер дыхания и цвет кожных покровов
 - Г. массу и длину плода
- +Д. правильные ответы А,Б,В
14. Выделение последа из матки проводится наружными приемами:
- А. способом Абуладзе и Гентера
 - Б. способом Креде — Лазаревича
 - В. после появления признаков отделения плаценты
 - Г. до появления признаков отделения плаценты
- +Д. правильные ответы А,Б,В
15. Профилактика гипотонического кровотечения может быть проведена введением:
- А. 1 мл метилэргометрина внутривенно в момент последней потуги
 - Б. 1 мл окситоцина внутримышечно в момент последней потуги
 - В. 1 мл окситоцина внутривенно капельно
 - Г. 1 мл метилэргометрина внутримышечно в момент последней потуги
- +Д. все ответы правильные
16. Признаки запущенного поперечного положения плода:
- А. воды излились
 - Б. воды не излились
 - В. угрожающий разрыв матки
 - Г. плод неподвижен
- +Д. правильно А,Б,Г

17. Методы диагностики хронической гипоксии плода во время беременности включают:
- А. амниоцентез и амниоскопию
 - Б. кардиотокографию
 - В. определение уровня плацентарных гормонов
 - Г. ультразвуковое исследование
 - +Д. все ответы правильные
18. Ранние признаки беременности:
- А. наличие ХГ в моче
 - Б. повышение базальной температуры (выше 37 °С).*
 - В. задержка менструации
 - Г. увеличение яичников
 - +Д. правильно А,Б,В
19. К пособию по методу Цовьянова при чистом ягодичном предлежании плода приступают, когда:
- А. пререзывается передняя ягодица
 - Б. пререзывается задняя ягодица
 - В. плод рождается до пупочного кольца
 - Г. плод рождается до угла лопаток
 - +Д. пререзываются обе ягодицы
20. Характерным осложнением во втором периоде родов при тазовом предлежании плода является:
- А. запрокидывание ручек плода за головку
 - Б. поворот плода подбородком кпереди
 - В. разгибание головки плода
 - Г. выпадение петли пуповины
 - +Д. правильно А,Б,В
21. Замедление скорости раскрытия шейки матки в родах может свидетельствовать
- А. о слабости родовой деятельности
 - Б. о дискоординации родовой деятельности
 - В. о дистонии шейки матки
 - Г. о клинически узком тазе
 - +Д. правильно А,Б,В
22. В прогнозе родов при тазовом предлежании важное значение имеет:
- А. срок беременности
 - Б. масса плода
 - В. разновидность тазового предлежания
 - Г. вид (передний, задний).
 - +Д. все перечисленное
23. Наружные измерения таза включают:
- А. измерение наружной конъюгаты
 - Б. измерение дистанции кристарум
 - В. измерение дистанции спинарум
 - Г. измерение дистанции трохантерика
 - +Д. все ответы правильные
24. Родовая боль возникает в следствие:
- А. раздражения нервных окончаний матки и родовых путей
 - Б. снижения порога болевой чувствительности мозга
 - В. снижения продукции эндорфинов
 - +Г. все из перечисленного
 - Д. ничего из перечисленного
25. Для обезболивания родов в периоде раскрытия можно применять:
- А. закись азота с кислородом

- Б. промедол
-В. фентанил
-Г. тиопентал натрия
+Д. правильно А,Б,В
26. Типичное осложнение беременности при тазовом предлежании плода:
-А. гестоз
-Б. предлежание плаценты
-В. многоводие
+Г. преждевременное излитие околоплодных вод
-Д. преждевременные роды
27. Диагностика поперечного положения плода проводится на основании:
-А. данных осмотра формы живота
-Б. несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности
-В. результата наружных приемов Леопольда – Левицкого
-Г. данных влагалищного исследования и УЗИ
+Д. всех перечисленных данных
28. При поперечном положении плода и доношенной беременности показано:
-А. ведение родов через естественные родовые пути
+Б. плановое кесарево сечение
-В. кесарево сечение с началом родовой деятельности
-Г. кесарево сечение только после излития околоплодных вод
-Д. роды через естественные родовые пути с последующим извлечением плода за тазовый конец
29. Во втором периоде родов при ягодичном предлежании второго плода врач должен:
-А. вскрыть плодный пузырь и предоставить роды естественному течению
-Б. вскрыть плодный пузырь и извлечь плод за тазовый конец
+В. вскрыть плодный пузырь и оказать пособие по Цовьянову
-Г. выполнить операцию кесарева сечения
-Д. все неверно
30. После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в продольном положении:
-А. перевязать пуповину первого плода
-Б. определить положение и предлежащую часть второго плода наружными приемами
-В. определить состояние плода
-Г. вскрыть плодный пузырь второго плода
+Д. верно все
31. При дискоординированной родовой деятельности показано:
-А. введение утеротоников
-Б. применение бета-адреномиметических препаратов
-В. медикаментозный сон в родах
-Г. кесарево сечение
+Д. верно Б и В
32. Для первичной слабости родовой деятельности характерно:
-А. нерегулярные схватки
-Б. слабые, короткие, регулярные схватки
-В. медленное продвижение предлежащей части по родовому каналу
-Г. динамика раскрытия шейки матки менее 1 см в час
+Д. верно Б,В,Г
33. Лечение первичной слабости родовой деятельности включает:
-А. внутривенное введение утеротоников
-Б. применение бета-адреномиметиков
-В. создание энергетического фона
-Г. медикаментозный сон-отдых
+Д. верно А и В

34. Признаки угрозы преждевременных родов :
- А. усиление сокращения миометрия
 - Б. тянущая боль в низу живота и поясничной области
 - В. укорочение шейки матки
 - Г. раскрытие шейки матки до 4 см
 - +Д. верно все
35. Прием Морисо - Левре при тазовом предлежании плода применяют:
- А. для выведения ручек плода
 - Б. для выведения головки плода
 - В. при ведении родов по Цовьянову
 - Г. при операции кесарева сечения
 - +Д. верно Б,Г
36. Осмотр мягких родовых путей в зеркалах после родов позволяет диагностировать:
- +А. разрыв шейки матки и стенок влагалища
 - Б. разрыв матки
 - В. гематому в параметрии
 - Г. задержку доли плаценты в полости матки
 - Д. разрыв промежности
37. Первый туалет новорожденного включает:
- А. удаление сыровидной смазки
 - Б. обработку глаз
 - В. обработку пуповины
 - Г. пеленание ребенка
 - +Д. верно А,Б,В
38. Оценка новорожденного по шкале Апгар проводится:
- А. сразу после рождения
 - Б. через 1 минуту после рождения
 - В. через 5 минут после рождения
 - Г. через 1 час после рождения
 - +Д. верно Б,В
39. Реанимация новорожденного включает:
- А. освобождение дыхательных путей
 - Б. искусственную вентиляцию легких
 - В. наружный массаж сердца
 - Г. введение адреналина в пуповину
 - +Д. верно все
40. Приемы Леопольда-Левицкого имеют цель определить:
- А. I прием - высоту дна матки и часть плода в дне матки
 - Б. II прием - положение, позицию, вид плода.
 - В. III прием - предлежание плода
 - Г. IV прием - отношение предлежащей части плода к входу в малый таз
 - +Д. верно все
41. Аускультация плода проводится:
- А. в точке наилучшего выслушивания
 - Б. для оценки частоты сердцебиения плода
 - В. для оценки звучности тонов сердца плода
 - Г. для оценки ритмичности тонов сердца плода
 - +Д. верно все
42. Крестцовый ромб Михаэлиса :
- А. имеет вертикаль, равную 11 см
 - Б. имеет горизонталь, равную 10 см
 - В. форма ромба отражает форму таза

- Г. вертикаль ромба равна истинной конъюгате
- +Д. верно все
- 43. Ручное пособие в родах при головных предлежаниях плода имеет цель:
 - А. профилактика родового травматизма матери
 - Б. профилактика родового травматизма плода -В. облегчение потуг -Г. в препятствии преждевременному разгибанию головки плода -В. в заеме тканей наружных гениталий
 - Г. в препятствии чрезмерному растяжению тканей промежности +Д. верно все
 - Г. профилактика гипоксии плода
- +Д. верно А,Б
- 44. Ручное пособие в родах при головных предлежаниях плода начинают:
 - А. после рождения головки плода
 - +Б. с момента прорезывания головки плода
 - В. с момента врезывания головки плода
 - Г. после рождения плечиков плода
 - Д. после рождения туловища плода
- 45. Программа влагалищного исследования в родах включает определение:
 - А. емкости влагалища
 - Б. степень раскрытия маточного зева
 - В. целостность плодного пузыря
 - Г. характер и местоположение предлежащей части плода +Д. верно все
- 46. Кардиотокограф диагностирует:
 - А. тонус матки
 - Б. амплитуду сокращения матки *
 - В. продолжительность сокращения матки
 - Г. интервал между сокращениями матки
- +Д. верно все
- 47. Кардиотокограф диагностирует:
 - А. базальную частоту сердцебиения плода
 - Б. амплитуду осцилляций
 - В. реакцию на шевеление сердцебиения плода -Г. реакцию на схватки сердцебиения плода
- +Д. верно все
- 48. Нормальные аускультативные показатели сердцебиения плода:
 - А. 160 ударов в минуту, аритмичное, ясное
 - Б. 170 ударов в минуту, ритмичное
 - В. 130 ударов в минуту, глухое
 - +Г. 145 ударов в минуту, ясное, ритмичное
 - Д. верно все
- 49. Лечебные назначения при рвоте беременных:
 - А. противорвотные препараты
 - Б. инфузионная терапия в объеме двух литров
 - В. инфузионная терапия в объеме 500 мл -Г. седативные препараты
- +Д. верно А, Б, Г
- 50. Лечебные назначения при преждевременных родах:
 - А. бета- адреномиметики
 - Б. сульфат магния
 - В. седативные средства -Г. антагонисты кальция +Д. верно все
- 51. Амниотомия проводится :
 - А. амниотомом
 - Б. в плановом порядке при 6-10 см раскрытия маточного зева -В. с целью родовозбуждения
 - Г. в плановом порядке потугах
- +Д. верно А,Б,В
- 52. Наружный массаж матки проводится :

- А. в раннем послеродовом периоде
 - Б. в нижнем сегменте матки -В. в теле матки
 - Г. в дне матки
 - +Д. верно А,Г
53. Кровопотерю в родах определяют:
- А. сразу после рождения последа
 - Б. через 2 часа после рождения последа
 - В. в норме -0,5 % от массы родильницы
 - Г. в норме- 0,25% от массы тела родильницы
 - +Д. верно А,В »
54. Акушерский статус родильницы на первые сутки после родов:
- А. дно матки на уровне пупка
 - Б. лохии кровянистые
 - В. Лохии серозно-кровоянистые
 - Г. лактация началась
 - +Д. верно А,Б
55. Акушерский статус родильницы на третьи сутки после родов:
- А. начало лактации
 - Б. отсутствие лактации
 - В. дно матки на три поперечных пальца ниже пупка -Г. лохии кровянистые
 - +Д. верно А,В
56. Лактостаз - это:
- А. локальное уплотнение, гиперемия, болезненность молочной железы
 - Б. равномерное уплотнение, гиперемия, болезненность обеих молочных желез
 - В. состояние, возникающее на 3-5 сутки после родов
 - Г. состояние, возникающее на 1-2 сутки после родов
 - +Д. верно Б,В
57. Лечение лактостаза включает:
- А. ограничение приема жидкости
 - Б. окситоцин и спазмолитик перед кормлением ребенка
 - В. сцеживание молока после кормления ребенка
 - Г. холод на молочную железу после сцеживания
 - +Д. верно все
58. Профилактика мастита у родильницы включает следующее: -А. личная гигиена и гигиена помещения
- Б. правильная техника кормления ребенка -В. частое прикладывание ребенка к груди -Г. профилактика и лечение трещин сосков +Д. верно все
59. Профилактика послеродового эндометрита включает:
- А. физическую активность
 - Б. холод на низ живота -В. утеротоники
 - Г. личную гигиену и аэрацию наружных гениталий +Д. верно все
60. Сомнительные признаки беременности:
- А. головокружение и обмороки
 - Б. тошнота и рвота натошак
 - В. раздражительность и апатичность
 - Г. пищевые прихоти
 - +Д. верно все
61. Вероятные признаки беременности:
- А. аменорея и гиперемия шейки матки
 - Б. аменорея и цианоз шейки матки
 - В. нагрубание молочных желез и выделение молозива
 - +Г. верно Б,В

- Д. верно А,В
- 62. Ранние признаки беременности:
 - А. размягчение увеличенной и шаровидной матки
 - Б. признак Пискачека и Шредера
 - В. признак Горвица и Гегара
 - +Г. верно А,В
 - Д. верно А,Б,В
- 63. Достоверные признаки беременности:
 - А. шевеление плода
 - Б. аускультация сердечных тонов
 - В. пальпация частей плода
 - Г. ультразвуковые признаки эмбриона и плода
 - +Д. верно все
- 64. Осмотр живота беременной и роженицы помогает определить
 - А. размеры и форму матки
 - Б. предлежание плода
 - В. количество плодов и околоплодных вод
 - +Г. верно А,В
 - Д. верно А,Б,В
- 65. Поверхностная пальпация матки диагностирует:
 - А. тонус матки
 - Б. возбудимость и схватки
 - В. членорасположение и положение плода +Г. верно А,Б
 - Д. верно Б,В
- 66. Определение предполагаемой массы плода профилактирует:
 - А. слабость родовой деятельности
 - Б. клинически узкий таз
 - В. гипоксию плода
 - Г. гипотоническое кровотечение +Д. верно все
- 67. Измерение окружности лучезапястного сустава по Соловьеву определяет: +А. толщину костей
 - Б. истинную конъюгату
 - В. уплощение крестца
 - Г. высоту лонного сочленения
 - Д. верно все
- 68. Внешние признаки доношенного новорожденного:
 - А. нормальная толщина костей головки, ширина швов и родничков -Б. пупок находится в центре живота
 - В. сыровидная смазка в естественных складках тела
 - Г. большие половые губы прикрывают малые
 - +Д. верно все
- 69. Внешние признаки переносного новорожденного:
 - А. кожа бледно розовая
 - Б. кости черепа плотные, швы и роднички узкие -В. пупок расположен низко
 - +Г. верно А,Б
 - Д. верно А,Б,В
- 70. Внешние признаки недоношенного ребенка:
 - А. кожа ярко красная, сыровидная смазка по всему телу
 - Б. яички не опущены в мошонку
 - В. пупок расположен в центре живота
 - +Г. верно А,Б
 - Д. верно А,Б,В

71. Антропометрические данные доношенного ребенка:
- А. масса 3500 г, длина 51 см
 - Б. масса 4000 г, длина 53 см
 - В. масса 2500 г, длина 45 см
 - +Г. верно А,Б-Д. верно А,Б
72. Осмотр беременной в гинекологических зеркалах позволяет:
- А. планировать метод родоразрешения
 - Б. исключить аномалии развития, опухоли, рубцы, свищи
 - В. исключить узкий таз
 - Г. исключить воспалительный процесс
 - +Д. верно А, Б,Г
73. Осмотр наружных гениталий беременной и роженицы позволяет:
- А. планировать метод родоразрешения
 - Б. исключить аномалии развития, опухоли, рубцы, свищи
 - В. исключить узкий таз
 - Г. исключить воспалительный процесс
 - +Д. верно А,Б,Г
74. Врач женской консультации составляет прогноз перинатальных потерь на основании:
- А. возраста и наследственности родителей
 - Б. экстрагенитальной патологии матери
 - В. акушерско-гинекологического анамнеза и осложнений беременности
 - Г. вредных привычек матери
 - +Д. верно все

Распределение тестовых заданий (раздел АКУШЕРСТВО) в соответствии с компетенциями, формируемыми в период прохождения производственной клинической практики (помощник врача)

Номер/ индекс компете нции	Содержание компетенции	Номера вопросов
ОК-1	Способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,17,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,34,38,40,41,42,46,47,48,55,36,57,61,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74
ОПК-6	Готовностью к ведению медицинской документации.	6,39,58,59,60
ПК-5	Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболеваний.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,13,14,16,17,18,19,20,23,24,25,26,27,28,29,30,31,33,34,35,36,38,40,41,42,46,48,49,55,56,57,58,61,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72
ПК-12	Готовностью к ведению физиологической беременности, приему родов.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,17,18,21,24,25,31,32,33,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,48,50,51,53,52,54,61,62,63,64,,65,66,67,68,73,74
ПК-15	Готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыками самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактики заболеваний.	58,59
ПК-16	Готовностью к просветительной деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.	58, 59

Перечень тестовых заданий для проведения аттестации студентов (раздел ГИНЕКОЛОГИЯ)

- Базальная температура при ановуляторном менструальном цикле:
 - Двухфазная
 - + монофазная
 - с укорочением фолликулиновой фазы
 - с удлинением лютеиновой фазы
 - с укорочением лютеиновой фазы
- Метод эндоскопического исследования полости матки:
 - + гистероскопия
 - лапароскопия
 - кольпоскопия

- кольпомикроскопия
- 3. С целью остановки ДМК в климактерическом периоде используют:
 - сокращающие матку средства
 - эстрогены
 - + выскабливание полости матки
 - гормональные, оральные комбинированные контрацептивы
 - чистые гестагены
- 4. Желтое тело продуцирует:
 - эстрадиол
 - пролактин
 - фолликулин + прогестерон
 - тестостерон
- 5. При наличии ациклических кровянистых выделений необходимо провести:
 - гистеросальпингографию
 - определение уровня ЛГ в крови
 - ультразвуковое исследование
 - + диагностическое выскабливание полости матки
 - определение в крови ХГЧ
- 6. Самый информативный метод диагностики сальпингита:
 - + бимануальное исследование
 - ультразвуковое исследование
 - гистероскопия
 - бактериоскопия
 - определение в крови ХГЧ
- 7. Метод обезболивания при операции вскрытия абсцесса большой железы предверия влагалища:
 - местная анестезия
 - + внутривенный наркоз
 - масочный наркоз
 - эндотрахеальный наркоз
 - спинно-мозговая анестезия
- 8. При трихомонадном кольпите наблюдаются выделения:
 - кровянистые
 - слизистые, обильные
 - творожистые
 - цвета «мясных помоев»
 - + желто-зеленые, пенистые
- 9. Метод лечения параметрита в стадии нагноения:
 - чревосечение
 - консервативный
 - гистероскопия + кольпотомия
 - лапароскопия
- 10. Наиболее частая локализация трихомонадной инфекции:
 - маточные трубы
 - прямая кишка + влагалище
 - уретра
 - матка
- 11. Сдавление мочеточника может произойти при расположении миоматозного узла:
 - субмукозном
 - субсерозном

- интрамуральном
 - + интралигаментарном
 - шеечном
12. Наиболее информативный метод для дифференциальной диагностики субсерозной миомы матки и опухоли яичника:
- бимануальное влагалищное исследование
 - ультразвуковое исследование
 - + лапароскопия
 - зондирование полости матки
 - -гистероскопия
13. К кистам относятся новообразования яичников:
- дермоидные
 - текомы
 - + фолликулярные
 - андробластомы
 - цистаденомы
14. Истинной опухолью яичника является:
- + дермоидная киста
 - фолликулярная киста
 - параовариальная киста
 - киста желтого тела
 - текалютеиновые кисты
15. Гормонпродуцирующая опухоль яичника:
- + гранулезоклеточная
 - опухоль Крукенберга
 - муцинозная
 - эндометриовидная
 - дермоидная
16. Первичная локализация опухоли Крукенберга:
- матка
 - яичник
 - + желудочно-кишечный тракт
 - молочная железа
 - легкие
17. Объем оперативного лечения при злокачественной опухоли яичника:
- аднексэктомия
 - расширенная экстирпация матки
 - + экстирпация матки с придатками и оментэктомия
 - овариоэктомия
 - тубэктомия
18. Диагноз дисплазии шейки матки ставят по результатам:
- пробы Шиллера
 - кольпоскопии
 - + цитогистологического исследования
 - осмотра в зеркалах
 - бактериоскопии
19. Предраковое заболевание шейки матки:
- эрозия шейки матки
 - -эктропион
 - лейкоплакия

- + дисплазия
 - -эритроплакия
20. Информативным методом диагностики железистой гиперплазии эндометрия является:
- зондирование
 - ультразвуковое исследование
 - + выскабливание полости матки
 - цитологическое исследование аспирата из полости матки
 - -лапороскопия
21. Для установления окончательного диагноза пузырного заноса применяют исследование:
- ультразвуковое
 - бимануальное
 - ректовагинальное
 - + гистологическое
 - цитологическое
22. Метод лечения рака шейки матки in situ:
- экстирпация матки
 - криодеструкция
 - диатермокоагуляция
 - + диатермоэксцизия
 - раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала
23. Наиболее частая жалоба больных раком шейки матки:
- ациклические маточные кровотечения
 - + контактные кровянистые выделения
 - циклические кровотечения
 - гиперполименорея
 - обильные творожистые выделения
24. Диагноз рака шейки матки ставят на основании результатов:
- пробы Шиллера
 - кольпоцитологии
 - кольпоскопии
 - + гистологии
 - гистероскопии
25. Основным методом диагностики рака эндометрия является:
- лимфография
 - + выскабливание полости матки и цервикального канала
 - цитологическое исследование аспирата из полости матки
 - ультразвуковое исследование
 - кольпоскопия
26. Основной метод лечения рака шейки матки I стадии:
- лучевой
 - химиотерапевтический
 - + оперативный
 - гормональный
 - антибактериальная терапия
27. Маркер трофобластической болезни:
- Фетопротеин
 - + хориогонин
 - эстриол
 - СА-125
 - прогестерон

28. Основной метод диагностики хорионэпителиомы:
- - ультразвуковое исследование
 - - выскабливание полости матки
 - + определение титра-хориогонина
 - - гистероскопия
 - - аспират из полости матки
29. Рак шейки матки распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря при стадии:
- - I
 - - II
 - - ПА
 - + IV
 - - III
30. Наиболее информативный метод диагностики эндометриоза шейки матки:
- + кольпоскопия
 - проба Шиллера
 - ультразвуковое исследование
 - осмотр в зеркалах
 - бактериоскопическое исследование
31. Разрастание ткани, подобное эндометрию, называется:
- аденоматозом
 - + эндометриозом
 - гиперплазией
 - эндометриоидным полипом
 - эндометритом
32. Основной метод лечения эндометриоидных кист яичника:
- гормональный
 - лучевой
 - химиотерапевтический
 - + оперативный
 - антибактериальная терапия
33. Наиболее эффективный метод лечения опущения и выпадения матки:
- лечебная гимнастика
 - + оперативный
 - ортопедический
 - гормональный
 - антибактериальный
34. Важную роль в формировании опущения половых органов играет несостоятельность:
- широких связок
- круглых маточных связок
 - + мышц тазового дна
 - крестцово-маточных связок
 - собственных связок яичников
35. Главной причиной опущения и выпадения матки и стенок влагалища является:
- повышение внутрибрюшного давления
- пожилой возраст
 - повышенная физическая нагрузка
 - + несостоятельность мышц тазового дна
 - воспалительные заболевания внутренних половых органов

36. Объем оперативного лечения при перекруте ножки кисты яичника:

- цистэктомия
- + аднексэктомия
- овариоэктомия
- экстирпация матки с придатками
- тубэктомия

37. Для уточнения прерывания внематочной беременности по типу трубного аборта необходимо:

- взять аспират из полости матки
- + сделать пункцию заднего свода влагалища
- выполнить выскабливание полости матки
- провести зондирование матки
- исследовать ХГЧ крови

38. Наиболее достоверным методом диагностики прогрессирующей трубной беременности является:

- пункция брюшной полости
- ультразвуковое исследование
- выскабливание полости матки
- + лапароскопия
- гистероскопия

39. Наиболее вероятный диагноз у женщины 38 лет, имеющей жалобы на мажущие кровянистые выделения до и после очень болезненной менструации в течение последних 6 мес:

- миома матки
- маточная беременность
- полипоз эндометрия
- + аденомиоз
- эндометрит

40. Наиболее вероятный диагноз у больной 46 лет, имеющей жалобы на обильные и длительные регулярные менструации в течение последних 3 лет и гемоглобин 80 г/л:

- аденомиоз
- + миома матки
- рак эндометрия
- беременность
- поликистоз яичников

41. Вероятный диагноз у девушки 16 лет, имеющей жалобы на кровянистые выделения из половых путей, продолжающиеся в течение 8 дней после 3-х месячной задержки менструации:

- опухоль яичника
- рак шейки матки
- полип шейки матки
- + дисфункциональное маточное кровотечение
- полипоз эндометрия

42. Наиболее вероятный диагноз у больной 49 лет, имеющей жалобы на обильные кровянистые выделения в течение 3 дней после 2-недельной задержки менструации:

- аденомиоз
- + дисфункциональное маточное кровотечение
- рак эндометрия
- субмукозная миома матки
- рак шейки матки

43. Наиболее вероятный диагноз у больной 48 лет, обратившейся с жалобами на боли в животе, повышенную температуру тела и страдающей миомой матки:

- воспаление придатков
 - хориоамнионит
 - эндометрит
 - + некроз одного из узлов миомы
 - аденомиоз
44. Наиболее вероятный диагноз у незамужней женщины 22 лет, обратившейся с жалобами на острые боли в нижних отделах живота, рези при мочеиспускании, обильные гнойные выделения, повышенную температуру тела:
- внематочная беременность
 - + воспаление придатков матки специфической этиологии
 - аппендицит
 - разрыв кисты яичника
 - кольпит
45. Мазки для диагностики гонореи берут из:
- Влагалища
 - + уретры
 - эктоцервикса
 - + эндоцервикса
 - аспират из полости матки
46. К тестам функциональной диагностики в гинекологии относят:
- кольпоскопию
 - пробу Шиллера
 - мазки на онкоцитологию
 - + определение симптома зрачка
 - + симптом кристаллизации шейной слизи
47. Причины маточной аменореи:
- + туберкулезный эндометрит
 - синдром Штейна - Левентала
 - синдром Киари – Фроммеля
 - + синдром Ашермана
 - синдром Шихана
48. Изменения в яичниках при ановуляторном маточном кровотечении характеризуются
- + персистенцией фолликула
 - образованием желтых тел
 - гиперплазией тека-ткани яичников
 - + атрезией фолликулов
 - дискения гонад
49. Для остановки ДМК в ювенильном возрасте назначают:
- + эстрогены
 - + синтетические прогестины
 - выскабливание полости матки
 - прогестерон
 - антибактериальная терапия
50. Под влиянием эстрогенов происходят:
- + пролиферация эндометрия
 - повышение базальной температуры
 - секреция эндометрия
 - + пролиферация клеток влагалищного эпителия
 - атрофия эндометрия
51. Показания к операции при остром сальпингоофорите:

- + наличие аднекстумора
 - интоксикационный синдром
 - бесплодие в анамнезе
 - + пиосальпинкс
 - нарушение менструального цикла
52. Острый аднексит следует дифференцировать от:
- опухоли яичника
 - + внематочной беременности
 - миомы матки
 - + аппендицита
 - субсерозной формы фибромиомы
53. Показания к оперативному лечению метроэндометрита:
- интоксикационный синдром
 - + сочетание с пиосальпинксом
 - сочетание с параметритом
 - + перитонит
 - сочетание с сальпингитом
54. Методы определения этиологии острого аднексита:
- + бактериоскопия
 - бимануальное исследование
 - + бактериологическое исследование
 - осмотр в зеркалах
 - мазки на онкоцитологию
55. Жалобы при туберкулезном эндометрите:
- + бесплодие
 - + гипоменорея
 - гиперполименорея
 - сильные боли в низу живота
 - дисфункциональные маточные кровотечения
56. Клиническими признаками трихомониаза являются:
- + пенистые желтые выделения из влагалища
 - боли в низу живота
 - + зуд наружных половых органов
 - кровянистые выделения
 - субфебрильная температура
57. Туберкулезная инфекция чаще локализуется в:
- + матке
 - влагалище
 - шейке матки
 - + маточных трубах
 - яичниках
58. Показания к оперативному лечению восходящей гонореи:
- + перитонит
 - острый сальпингит
 - + формирование пиосальпинкса
 - интоксикационный синдром
 - эндометрит
59. Первичные очаги инфекции при гонорее:
- Влагалище
 - + уретра

- маточные трубы
 - + цервикальный канал
 - яичники
60. Хламидийная инфекция часто является причиной:
- + бесплодия
 - нарушения менструального цикла
 - альгодисменореи
 - + невынашивания беременности
 - гиперполименореи
61. Основными причинами повышенной кровопотери при миоме матки являются
- + гиперплазия эндометрия
 - нарушение сократительной способности матки
 - + увеличение площади эндометрия
 - изменение формы и положения матки
 - наличие субсерозных узлов
62. Симптомы при субмукозной локализации миомы матки:
- + гиперполименорея
 - боли в низу живота
 - нарушение мочеиспускания
 - + анемия
 - увеличение размеров матки
63. К фоновым процессам шейки матки относят:
- + псевдоэрозию
 - дисплазию
 - + эритроплакию
 - Ca in situ
 - рождающийся сублеукозный миоматозный узел
64. Методы лечения фоновых заболеваний шейки матки:
- + криодеструкция
 - + лазеротерапия
 - использование лекарственных тампонов
 - лучевая терапия
 - конусовидная электро-эксцизия шейки матки
65. Клинические признаки эндометриоза тела матки:
- + альгоменорея
 - + гиперполименорея
 - олигоопсоменорея
 - пройоменорея
 - дисфункциональное маточное кровотечение
66. К фиксирующему аппарату матки относятся связки:
- круглые
 - + кардинальные
 - широкие
 - + крестцово-маточные
 - собственные связки яичников
67. При ранней диагностике беременности достоверными являются:
- + ультразвуковое исследование
 - задержка менструации
 - + уровень хориогонина в моче
 - характерные жалобы

- данные бимануального влагалищного исследования
68. При синдроме склерокистозных яичников назначают:
- синтетические прогестины
 - + клиновидную резекцию обоих яичников
 - прогестерон
 - + кломифенцитрат
 - эстрогены
69. Вероятные диагнозы у женщины 50 лет, страдающей нарушениями менструального цикла на фоне сахарного диабета:
- аденомиоз
 - + полипоз эндометрия
 - рак шейки матки +рак эндометрия
 - рак яичника
70. Возможные морфологические изменения в яичнике при дисфункциональных маточных кровотечениях:
- + наличие персистирующего фолликула
 - + наличие атрстигического фолликула
 - наличие желтого тела
 - овуляция
 - текалютеиновые кисты
71. Укажите гипоталамические формы аменореи:
- + синдром Шихана
 - синдром склеро-поликистозных яичников
 - дисгенезия гонад
 - + пролактинома гипофиза
 - хирургическое удаление матки
72. Какие гормональные соотношения наблюдаются при яичниковых формах аменореи:
- повышенные выделения эстрогенов
 - + повышение ФСГ
 - повышение выделения прогестерона
 - + повышение ЛГ
 - гиперпролактинемия
73. Какие исследования необходимо провести для выявления маточной формы аменореи:
- + оценку туберкулиновых проб
 - измерения ректальной температуры
 - симптом зрачка
 - + гистологические исследования соскоба эндометрия
 - определение пролактина в крови
74. Какие методы обследования важны для постановки субмукозной миомы:
- + ультразвуковое исследование
 - + гистероскопия
 - измерение ректальной температуры
 - симптом кристаллизации
 - пункция брюшной полости через задний свод
75. С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику фибромиомы матки:
- + опухолью яичников
 - с внематочной беременностью
 - гонореей
 - воспалительной опухолью придатков
 - + эндометриозом придатков

Распределение тестовых заданий (раздел ГИНЕКОЛОГИЯ) в соответствии с компетенциями, формируемыми в период прохождения производственной клинической практики (помощник врача).

Номер/ индекс компете нции	Содержание компетенции	Номера вопросов
ОК-1	Способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	1,4,5,6,8,10,12,13,17,18,19,20,22,23,24,25,26,27,28,29,30,34,35,38,39,40,41,42,43,44,,50,51,51,56,57,61,62,65,67,68,69,73,74,75
ОПК-6	Готовностью к ведению медицинской документации.	8,9,10,26,33
ПК-5	Готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболеваний.	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75
ПК-15	Готовностью к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыками самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактики заболеваний.	8,10
ПК-16	Готовностью к просветительной деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.	26,33

Перечень тестовых заданий для проведения промежуточной аттестации студентов по ХИРУРГИИ

1. Для дифференциальной диагностики между нижнедолевой правосторонней пневмонией и аппендицитом не нужно использовать:
 - а. аускультацию органов дыхания
 - б. лапароскопию
 - в. рентгеноскопию органов грудной клетки
 - г. анализ крови на определение количества лейкоцитов
 - + д. термографию
2. Для абсцесса Дугласова пространства после аппендэктомии не характерно:
 - а. гектическая температура
 - б. боль в глубине таза и тенезмы
 - + в. ограничение подвижности диафрагмы
 - г. нависание стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
 - д. болезненность при ректальном исследовании
3. При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения применяются:
 - а. срединная лапаротомия
 - б. аппендэктомия
 - в. промывание брюшной полости
 - г. дренирование брюшной полости
 - + д. всё перечисленное
4. Оставление тампонов в брюшной полости после аппендэктомии показано при:
 - + а. неостановленном капиллярном кровотечении
 - б. гангренозно-перфоративном аппендиците
 - в. местном перитоните
 - г. разлитом перитоните
 - д. всех этих состояниях
5. Развитие патологического процесса при аппендиците начинается с:
 - а. серозного покрова червеобразного отростка
 - + б. слизистой оболочки червеобразного отростка
 - в. мышечного слоя червеобразного отростка
 - г. слепой кишки
 - д. начального отдела слепой кишки
6. Какие структуры образуют сторону как треугольника Гессельбаха, так и бедренного треугольника:
 - а. нижние эпигастральные сосуды
 - б. объединенное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц
 - в. портняжная мышца
 - + г. паховая связка
 - д. ничего из перечисленного

7. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает:

- а. вправление грыжи
- б. назначение анальгетиков и спазмолитиков
- в. назначение наркотических препаратов
 - + г. немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
- д. проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление

8. К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают:

- а. раневая инфекция
- б. наличие заболеваний ведущих к повышению внутрибрюшного давления
- в. неправильная техника ушивания раны
 - + г. все выше перечисленное верно
- д. все перечисленное неверно

9. При ретроградном ущемлении кишки патологические изменения происходят в:

- а. отводящей петле кишки
- б. приводящей петле кишки
- в. кишке, находящейся в грыжевом мешке
 - + г. кишке, находящейся в брюшной полости
- д. все перечисленное неверно

10. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать:

- а. дисфагические явления
- б. нарушение сердечного ритма
- в. псевдостенокардиальные явления
- г. ни один из перечисленных симптомов
 - + д. все перечисленные

11. Отсроченная операция по поводу острого холецистита выполняется через:

- + а. 72 часа
- б. 6-12 часов
- в. 18-36 часов
- г. 36-72 часов
- д. более 72 часа

12. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести:

- а. печёночная недостаточность
- б. острый панкреатит
- в. желтуху
- г. холангит
- + д. все перечисленное

13. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме:

- а. пневмонии
- б. трофических изменений слизистой оболочки пищевода
- в. пролежней
- г. гиперсаливации
- + д. тиреоидита

14. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием:

- + а. цирроза печени
- б. поддиафрагмального абсцесса
- в. внутрипеченочного холелитиаза
- г. глистной инвазии
- д. хронического панкреатита

15. Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является:

- а. цирроз печени
- б. асцит
- + в. кровотечение из вен пищевода
- г. портальная энцефалопатия
- д. рецидивирующая желтуха

16. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

- а. травма живота
- б. применение кортикостероидов
- + в. алкоголизм
- г. хронический холецистит
- д. цирроз печени

17. В лечении острого панкреатита применяется всё, кроме:

- а. назогастрального зонда с аспирацией содержимого желудка
- б. спазмолитиков
- + в. морфина и его производных
- г. ингибиторов протеаз
- д. сакроспинальная блокада

18. Наиболее часто при остром панкреатите боли иррадиируют в:

- а. область правого плеча
- б. паховую область
- + в. область спины
- г. левое бедро
- д. правое бедро

19. Для купирования болевого приступа при остром панкреатите не применяется:

- а. вагосимпатическая блокада
- б. перидуральная анестезия
- в. паранефральная блокада

г. блокада круглой связки печени
+ д. морфин

20. Нормальные величины активности амилазы в сыворотке крови составляют:

- а. 2-8 мг/ч мл
- + б. 12-32 мг/ч мл
- в. 20 мг/ч мл
- г. 4 мг/ч мл
- д. 8 мг/ч мл

21. Симптом «Обуховской больницы» проявляется:

- а. четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
- б. "шумом плеска", определяемым на ограниченном участке или по всему животу
- + в. пустой баллонообразной ампулой прямой кишки
- г. шумом падающей капли
- д. пустой илеоцекальной областью

22. Наиболее частой причиной обтурационной острой кишечной непроходимости является:

- а. обтурация безоаром
- + б. обтурация опухолью
- в. обтурация желчным камнем
- г. обтурация каловым камнем
- д. клубком аскарид

23. Заворот кишки чаще всего встречается:

- + а. тонкой кишки
- б. слепой кишки
- в. сигмовидной кишки
- г. поперечно-ободочной кишки
- д. прямой кишки

24. В каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости:

- а. заворот
- б. узлообразование
- в. истинный илеус
- + г. копростаз
- д. инвагинация

25. Причиной обтурационной кишечной непроходимости может быть все, кроме:

- а. воспалительных сращений
- + б. перекрута брыжейки кишки
- в. желчного камня
- г. инвагинации
- д. сдавления опухолью

26. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии больного показана:
- а. правосторонняя гемиколэктомия
 - б. обходной илеотрансверзоанастомоз
 - в. подвесная илеостомия
 - + г. цекостомия
 - д. резекция кишки с опухолью
27. В возникновении геморроя общепризнанной считается теория:
- а. инфекционная
 - б. механическая
 - в. эндо- и экзогенных интоксикаций
 - + г. гипертрофия кавернозных тел
 - д. нейрогенная
28. Развитию геморроя способствует все, кроме:
- + а. хронического воспаления анального канала
 - б. наследственности
 - в. сидячей работы
 - г. двухмоментного акта дефекации
 - д. гиперплазии ректальных зон и анальных кавернозных тел
29. Экстирпация прямой кишки является операцией выбора при:
- + а. раке анального канала
 - б. раке прямой кишки, расположенном на 7-10 см от перианальной кожи
 - в. раке верхнеампулярного отдела прямой кишки
 - г. раке ректосигмоидного отдела толстой кишки
 - д. раке сигмовидной кишки
30. Наиболее частым осложнением рака сигмовидной кишки является:
- а. воспаление сигмовидной кишки
 - б. пенетрация опухоли в брыжейку
 - + в. кишечная непроходимость
 - г. перфорация опухоли
 - д. профузное кишечное кровотечение
31. Основной опасностью беззондового промывания желудка при химических ожогах пищевода и желудка является:
- а. разрыв пищевода
 - б. малая эффективность лечебного мероприятия
 - в. дополнительный ожог пищевода
 - + г. все перечисленное
 - д. ничего из перечисленного
32. Химиотерапия при раке пищевода:

- а. обладает высокой эффективностью
- + б. может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия
- в. малоэффективна
- г. не применяется
- д. неэффективен

33. Раком пищевода чаще болеют:

- а. мужчины
- б. женщины
- в. в возрасте 40-50 лет
- г. в возрасте 60-70 лет
- + д. правильно, а и г

34. Рак пищевода чаще всего поражает:

- а. верхнюю треть
- б. среднюю треть
- в. нижнюю треть
- + г. правильно б и в
- д. кардиальный отдел

35. К рентгенологическим признакам рака пищевода относятся:

- а. нарушение акта глотания
- б. нарушение эластичности стенки пищевода
- в. неровность контура пищевода
- г. деформация рельефа слизистой
- + д. правильно б и г

36. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место:

- а. мелена
- б. симптом мышечной защиты
- + в. рвота типа "кофейной гущи"
- г. брадикардия
- д. озноб

37. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме:

- + а. желтухи
- б. шума плеска натошак
- в. похудания
- г. отрыжки "тухлым"
- д. болей в эпигастрии распирающего характера

38. Для синдрома Мэллори - Вейса характерно образование трещин в:

- + а. абдоминальном отделе пищевода и кардиальном отделе желудка
- б. антральном отделе желудка
- в. пилорическом отделе желудка
- г. теле желудка

д. верхней трети пищевода

39. Формирование гастростомии показано:

- а. при неоперабельном раке тела желудка
- б. при неоперабельном раке антрального отдела желудка
 - + в. стенозе при кардио-эзофагеальном раке
- г. при всех перечисленных случаях
- д. ни в одном из перечисленных случаев

40. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым типа "кофейной гущи" может наблюдаться при всех перечисленных локализациях язвы, кроме:

- а. малой кривизны желудка
- б. кардиального отдела желудка
- в. антрального отдела желудка
 - + г. постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
- д. пилорического отдела желудка

41. Ведущим, в лечении больных с перитонитом является:

- + а. хирургическое вмешательство
- б. дезинтоксикационная терапия
- в. рациональная антибиотикотерапия
- г. устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания
- д. лапароцентез

42. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме:

- + а. массы тела больного
- б. характера микрофлоры
- в. степени выраженности интоксикации
- г. гиповолемии
- д. степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

43. Самой частой причиной перитонита является:

- + а. острый аппендицит
- б. перфоративная язва желудка
- в. странгуляционная кишечная непроходимость
 - г. закрытая травма живота
- д. асцит при синдроме портальной гипертензии

44. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости не наблюдается при:

- а. туберкулёзном перитоните
- б. нарушенной внематочной беременности
- в. мезентериальном тромбозе
 - + г. остром панкреатите
- д. перекрученной кисте яичника

45. Какое положение характерно для больного с острым аппендицитом?

- + а. положение на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами
- б. Резкое двигательное возбуждение
- в. Симптом «Ваньки-встаньки»
- г. Положение на левом боку
- д. Колено-локтевое положение

46. Назовите наиболее вероятную локализацию болей при ретроцекальном расположении червеобразного отростка.

- а. левая подвздошная область
- + б. треугольник Пти
- в. правая мезогастральная область
- г. правая подвздошная область
- д. правое подреберье

Распределение тестовых заданий (раздел ХИРУРГИЯ) в соответствии с компетенциями, формируемыми в период прохождения производственной клинической практики (помощник врача).

№ и шифр компетенции	Описание компетенции	Номер вопроса
ОК-1	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	5,6,7,8,10,12,13,15,16,17,22,25,26,28,30,31,35,37,39,41,42,43,44
ОПК-6	Готовность к ведению медицинской документации.	1,11,20,24,35
ПК-5	Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболеваний.	1,10,16,18,20,21,28,33,35,36,37,40,44,45,46
ПК-8	Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	3,4,7,11,13,15,17,19,24,26,29,32,39,41
ПК-10	Готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	1,2,5,6,8,10,11,12,13,14,17,18,19,24,27,28,32,33,35,37
ПК-11	Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	3,5,7,23,26,30,31,36,38,40,41,43,44,45,46
ПК-15	Готовность к обучению пациентов и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний.	8,12,14,16,20,22,25,27,28,33,34, 36

ПК-16	Готовность к просветительной деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни.	8,10,12,16,17,20, 22,23,25,27,28,3 3,35,37,38,39,42
-------	---	---

11. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1 Литература

Основная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания
1.	Внутренние болезни: Учебник для студентов мед. ВУЗов в 2 т.	Под редакцией В.С. Моисеева и др. 4-е изд., испр. и доп.-	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015- Т1 - 960стр., Т2 - 896стр.
2.	Электрокардиография.-	Мурашко В.В., Струтынский А.В.	М, 2017. - 345 с.
3.	Диагностика болезней хирургического профиля.	Пряхин В.Ф. Грошилин В.С	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 592 с.
4.	Хирургические болезни: Учеб.: в 2 томах	Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. –	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 688 с.
5.	Госпитальная хирургия. Синдромология. Учебное пособие.	Абдуллаев А.Г.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 440 с..
6.	Акушерство: национальное руководство	В.В. Авруцкая, А.А Агаджанова, Э.К. Айламазян [и др.]	М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 1197с.
7.	Акушерство: учебник для мед. вузов	Под. ред. Айламазяна Э.К.	СПб.: «Спец Лит», 2014. – 543 с.

Дополнительная литература

п/№	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания
1.	Эхокардиограмма. Учебное пособие.	Струтынский А.В.	М., МЕДпресс-информ, 2014. - 207 с.
2.	Руководство по факультетской терапии	Болдуева С.А., Архаров И.В., Е.Л. Беляева и др. под ред. С.А. Болдуевой	СПб., «Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова» – 2015. - 488 с.
3.	Гастроэнтерология: Национальное руководство.	Под ред. Ивашкина В.Т., Лапиной Т.Л.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014, 462 с.
4.	Внутренние болезни. Система органов пищеварения : учеб. пособие [для студентов мед. вузов]	Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. -	3-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2014. - 558 с.

5.	Руководство по кардиологии: в 4 т.: руководство	под ред. Е. И. Чазова	М. : Практика, 2014. - 395 с.
6.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия.	Каган И.И., Чемезов С.В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 672 с.
7.	Атлас анатомии человека в 3 томах	Шилкин В.В. Филимонов В.И.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 736с.
8.	Колопроктология. Клинические рекомендации.	Ю.А. Шельгин	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 528 с.
9.	Военно-полевая хирургия	Е.К.Гуманенко	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 768 с.
10.	Хирургические болезни: Учеб.: в 2 томах	Мерзликин Н.В., Бражников Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 600 с.
11.	Травматология и ортопедия	Корнилов Н.В.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 592 с.
12.	Курс факультетской хирургии в рисунках, таблицах и схемах.	Лагун М.А., Харитонов Б.С.; Под общ. ред. С.В. Вертянкина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 436 с.
13.	Гинекология: Национальное руководство. Краткое издание.	Э.К. Айламазян, А.С. Анкирская, И.И. Баранов [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 690 с.

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

Программное обеспечение, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях, в том числе, тренинговые и тестирующие программы на платформе Moodle <http://moodle.szgmu.ru/>, образовательный портал СЗГМУ имени И.И. Мечникова Минздрава России, система программных продуктов (СПП) на базе решений VS Clinic и VS Education, стандартное программное обеспечение.

г. Электронные базы данных, электронные носители (при наличии лицензии)

1. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/>
2. ЭБС «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>
3. ЭБС «Издательство Лань» <https://e.lanbook.com/>
4. ЭБС «Букап» <https://www.books-up.ru/>
5. ЭБС Библиокомплектатор «IPRBooks» <http://www.bibliocomplectator.ru>
6. ЭБС «Айбукс.py/ibooks.ru» <https://ibooks.ru/>
7. ЭБС Юрайт “Легендарные книги” (ДОГОВОР НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОИЗВЕДЕНИЙ В ЭБС ЮРАЙТ)

Электронные версии в системе дистанционного обучения MOODLE

1. Руководство по факультетской терапии / С. А. Болдуева, И. В. Архаров, Е. Л. Беляева, Е. Г. Быкова, Т. В. Ермолова, М. И. Иванова, И. А. Леонова, Н. С. Швеиц, О. Ю. Чинова; под ред. С.

- А. Болдуевой. — 2-е изд., перераб. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 488 с.
2. Руководство по факультетской терапии (краткое): учеб. пособие / С. А. Болдуева, И. В. Архаров, Е. Л. Беляева, Е. Г. Быкова, Т. В. Ермолова, М. И. Иванова, И. А. Леонова, Н. С. Швец, О. Ю. Чижова; под ред. С. А. Болдуевой. — 2-е изд., перераб. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. — 400 с.
3. Методические материалы для студентов 4 курса по прохождению «Производственной клинической практики (помощник врача): учебно-методическое пособие / С.А. Болдуева, М. И. Иванова, Е. Л. Беляева. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016. — 24 с

12. Описание материально-технической базы, необходимой для проведения практики

Практика проводится на клинических базах ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, которые имеют все необходимые условия для отработки студентами предусмотренной программы.

13. Методические рекомендации для обучающихся по прохождению практики

Организация проведения производственной практики в качестве помощника врача стационара в современных условиях основывается на инновационных психолого-педагогических подходах и технологиях, направленных на формирование компетентностного подхода и повышение эффективности преподавания и качества подготовки учащихся.

Проведение производственной практики обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции. Работа с пациентами формирует у студентов не только готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции, но и способность научно анализировать медицинские и социально-значимые проблемы, готовность к логическому анализу различного рода рассуждений, владение навыками коммуникативности, аргументации, ведения полемики и дискуссии.

В период прохождения практики студенты обязаны выполнять задания, предусмотренные программой практики, соблюдать правила внутреннего трудового распорядка лечебного учреждения, требования охраны труда и пожарной безопасности.

Практика проводится под контролем непосредственного руководителя практики на базе (сотрудника университета), руководителя практики от профильной организации (сотрудника стационара, ответственного за проведение практики в стационаре), а также заведующего отделением ЛПУ.

Текущий контроль студентов проводится руководителем практики в следующих формах:

- контроль посещений;
- контроль выполнения индивидуальных заданий / практических работ.

Во время работы на отделениях терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля в качестве помощника врача студенты заполняют дневник и оформляют отчет, который по завершении практики подписывает заведующий соответствующего отделения и заверяет руководитель практики от профильной организации. После завершения практики на отделениях терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля проводится промежуточная аттестация с оценкой зачтено/ не зачтено. Промежуточная аттестация проводится в следующей форме:

- предоставление характеристики обучающегося, подписанной руководителем практики от профильной организации
- собеседование по содержанию дневника практики
- защита отчета по практике в виде устного доклада о результатах прохождения практики

- компьютерное тестирование, включающее задания по дисциплинам внутренние болезни, хирургические болезни, акушерство, гинекология.
- при проведении промежуточной аттестации после завершения терапевтического раздела практики должен быть представлен один из вариантов самостоятельной работы: реферат, доклад, сообщение, описание интересного клинического случая, оформление стенда, плаката. Итоговая аттестация проводится после завершения всех разделов практики.

Итоговая оценка по практике ставится на основании:

- предоставление листа индивидуального задания и рабочего графика (плана), подписанных руководителем от профильной организации
- предоставление рабочего графика (плана)
- оценки качества ведения дневника практики
- оценки за компьютерное тестирование
- оценки за самостоятельную работу (реферат, доклад, сообщение, описание интересного клинического случая, оформление стенда, плаката)

Правила оформления и ведения дневника производственной клинической практики (помощник врача)

Дневник и отчет по производственной практике являются основными отчетными документами студентов, которые учитываются при проведении аттестации.

Студент оформляет один дневник, в котором последовательно описывается работа в отделениях терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профилей. В последний день практики по каждому разделу (терапия, хирургия, акушерство-гинекология) студент оформляет отчет, который включает:

- перечень практических навыков с указанием кратности выполнения манипуляций
- характеристику

Дневник, отчет и характеристика заверяются подписью и личной печатью заведующего отделением, подписью непосредственного базового руководителя практики.

На титульной странице дневника указывается: фамилия, имя, отчество студента, номер группы, факультет, полное название лечебного учреждения и отделения, где проводится практика, ФИО главного врача, ФИО непосредственного базового руководителя практики, фамилия и инициалы заведующих отделениями терапевтического, хирургического, гинекологического профиля, а также полное название родильного дома, ФИО главного врача родильного дома, ФИО непосредственного базового руководителя практики в родильном доме, сроки прохождения практики на отделениях терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профилей. Полностью оформленный дневник заверяется подписью непосредственного базового руководителя практики (начмеда или другого сотрудника стационара, являющегося ответственным за организацию практики в конкретном лечебном учреждении) и печатью учреждения.

Образец оформления титульной страницы дневника производственной клинической практики (помощник врача)

ДНЕВНИК ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ (помощник врача)

Ф.И.О. студента

Группа, факультет

Клиническая база практики (название стационара)

Главный врач

Фамилия И.О.

Зав. терапевтическим отделением _____

Фамилия И.О.

Подпись

Зав. хирургическим отделением _____
 _____ Фамилия И.О. Подпись
 Зав. гинекологическим отделением _____
 _____ Фамилия И.О. Подпись
 Руководитель практики от профильной организации _____
 _____ Фамилия И.О. Подпись

М. П.

Родильный дом № _____
 Главный врач родильного дома № _____
 _____ Фамилия И.О. Подпись
 Руководитель практики от профильной организации _____
 _____ Фамилия И.О. Подпись

М. П.

Сроки прохождения практики
 раздел терапия с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.
 раздел хирургия с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.
 раздел акушерство с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.
 раздел гинекология с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.

Оценка за компьютерное тестирование	Оценка за:
Терапия	Ведение дневника
Хирургия	Самостоятельную работу
Акушерство, гинекология	

Оценка за практику _____

Руководитель практики (сотрудник
 кафедры) _____
 _____ Фамилия И.О. (подпись)

Правила оформления дневника – раздел ТЕРАПИЯ.

В первый день работы в отделении дается краткая характеристика лечебно-профилактического учреждения и отделения (профиль, количество коек, палат, сестринских постов, диагностических кабинетов).

Далее следует описание рабочего дня. Записи должны быть краткими, четкими, отражать весь объем выполненной работы с указанием количества выполненных манипуляций. Характер и объем работы определяется профилем отделения. Студент курирует 5-6 больных.

В дневнике должны быть представлены эпикризы 2-х пациентов, из числа курируемых студентом. Эпикриз может быть выписным, этапным, переводным и должен содержать в краткой форме историю настоящей госпитализации, обоснование клинического диагноза, характер и результаты проведенного лечения, динамику состояния и рекомендации по дальнейшему ведению больного.

В дневнике, помимо ежедневной практической деятельности, отражается санпросветработа студента, участие в конференциях, клинических разборах, самостоятельная работа в виде написания реферата, описания интересного клинического случая, оформления стендов и др.

Образец дневниковой записи (раздел терапия)

Характеристика отделения.

Отделение кардиологии городской больницы № расположено на 5 этаже, развернуто на 30 коек. В отделение есть 3-4 –местные палаты, 3 палаты повышенной комфортности, кабинет заведующего, старшей медсестры, ординаторская, сестринская, процедурный кабинет. Отделение оказывает экстренную и плановую помощь пациентам кардиологического профиля. На отделении проходят лечение пациенты с различными формами ИБС, ХСН, кардиомиопатиями, пороками сердца. Отделение работает в тесном сотрудничестве с кардиохирургическим отделением, отделением РЭХ.

Дата. Часы работы.

Присутствовал на утренней врачебно-сестринской конференции.

Транспортировал пациента на кресле-каталке в эндоскопический кабинет. Присутствовал при проведении ФГДС.

Обход палат (ведение 5-6 больных).

Первичный прием **пациента Н., 65 лет.** Пациент переведен из отделения реанимации. При осмотре жалобы на общую слабость, плохой сон. В анамнезе – длительный анамнез гипертонической болезни, максим. АД 220/100. Регулярной гипотензивной терапии не принимает. __. __. 201__ г. развился приступ давящих болей за грудиной, сопровождавшийся одышкой, потливостью. Вызвал СМП, боли купированы на фоне введения наркотических анальгетиков, экстренно госпитализирован. При поступлении на ЭКГ – элевация сегмента ST в I, aVL, V1-V5, тропониновый тест положительный. Выполнена экстренная коронароангиография, ангиопластика и стентирование инфарктсвязанной ПМЖА (реvascularизация неполная, остаточный стеноз ПКА 70%). Течение послеоперационного периода без осложнений.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. Пульс 60 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, акцент II тона на аорте, шумов нет. Дыхание жесткое, Хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги, край ровный, б/б.

Диагноз: Основной. ИБС. Q-инфаркт миокарда от __. __. 201__ г. передний распространенный. Ангиопластика и стентирование ПМЖА от __. __. 201__ г. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4.

Лечение: тикагрелор 90 мг * 2 раза, тромбоАСС 100 мг * 1 раз, бисопролол 5 мг * 1 раз, престариум 10 мг 1 раз, atorвастатин 20 мг * 1 раз, ЛФК.

План обследования: ЭХОКГ, СМЭКГ,

Курация пациента К., 57 лет. Пациент находится на отделении с __. __. 201__ г. Диагноз основной: Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. Осложнение: Гипертонический криз от __. __. 201__ г.

При осмотре жалобы на головную боль при повышении АД >150/90 мм рт ст. Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. Пульс 70 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 160/90 мм рт. Тоны сердца приглушены, I тон не изменен, акцент II тона на аорте, шумов нет. Дыхание жесткое, Хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги, край ровный, б/б.

Пациент получает лечение: престариум 5 мг, амлодипин 10 мг, тромбоАСС 100 мг. С целью усиления гипотензивного эффекта терапии доза престариума увеличена до 5 мг. Планируется выполнение ЭХОКГ.

Курация пациента Т., 60 лет. Дата госпитализации __. __. 201__, г. Диагноз основной. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ от 20__ г.). Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. Осложнение: Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолия. ХСН III ф.кл., II Б ст.

Жалобы при осмотре на одышку в горизонтальном положении и при физической нагрузке, отеки голеней и стоп. Объективно: состояние средней тяжести. Положение вынужденное (с

приподнятым изголовьем). Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеки голеней до ср/3 и стоп. ЧСС 110 в мин., аритмич. Рс 95 в мин., аритмичный. АД 130/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, акцент II тона на легочной артерии. При перкуссии легких определяется притупление перкуторного тона в нижних отделах справа. Дыхание жесткое, в нижних отделах справа ослаблено. Живот мягкий, б/б. Печень выступает на 4 см из под реберной дуги, край ровный, б/б. Водный баланс выпито 1000мл, выделено 1900 мл.

Лечение: эналаприл 5мг * 2раза, метопролол 50 мг* 1 раз, верошпирон 50 мг* 1раз, диувер 10 мг * 1 раз, эликвис 5 мг * 2 раза, аторвастатин 20 мг 1 раз, омега-3 20 мг 1 раз, поляризующий р-р+лазикс 40 мг в/в.

Самостоятельно регистрировал ЭКГ (5 пациентам).

Сопровождал пациента на стресс-ЭХОКГ. Присутствовал при проведении стресс-ЭХОКГ.

Самостоятельно расшифровывал ЭКГ, затем обсудил ЭКГ- заключения с врачом куратором.

Присутствовал на аутопсии.

Зав. отделением _____ ФИО

(Подпись)

Выписной эпикриз.

Пациент К 65 л.

Диагноз основной: ИБС. Q-инфаркт миокарда от __.201 г. передний распространенный.

Ангиопластика и стентирование ПМЖА от __.201 г. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4.

Осложнение. ХСН II ф. кл., I ст.

Сопутствующий. МКБ. Хр. пиелонефрит, вне обострения.

Пациент К 65 л. курильщик, с длительным анамнезом гипертонической болезни III ст., риск 4, госпитализирован __.201 г. в связи с затяжным ангинозным приступом. На основании клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования установлен диагноз ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST от __.201 г. Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. В экстренном порядке выполнена коронароангиография, ангиопластика и стентирование ПМЖА от __.201 г. Реваскуляризация неполная, остаточный стеноз ПКА 70%.

По результатам ЭХОКГ – нарушение локальной сократимости в обл. передней ст., ФВ 50%.

По результатам СМ ЭКГ значимых нарушений ритма и проводимости, ишемических изменений не выявлено.

На фоне проводимого лечение ангинозные боли не рецидивировали, АД стабилизировано на уровне 130/80 мм рт ст. Выписывается в удовлетворительном состоянии на реабилитационное лечение в санаторий «Черная речка».

Рекомендации: диета с пониженным содержанием животных жиров, наблюдение кардиолога, выполнение стрессЭХОКГ в плановом порядке для решения вопроса о необходимости проведения ангиопластики и стентирования ПКА, прием препаратов: тикагрелор 90 мг * 2 раза (в течение 1 года), тромбоАСС 100 мг *1 раз, бисопролол 5 мг * 1 раз, престариум 10 мг 1 раз, аторвастатин 20 мг * 1 раз, рабепразол 20 мг 1 раз.

Зав. отделением _____ ФИО

(Подпись)

Отчет о производственной практике (раздел терапия)

№ п/п	Наименование	Кратность
1.	Количество первично принятых больных	
2.	Количество курируемых больных	
3.	Участие в обходах зав. отделения, профессора	
4.	Участие в клинических разборах, научных конференциях	
5.	Объективное исследование пациента	
6.	Обоснование предварительного диагноза	

7.	Обоснование окончательного клинического диагноза	
8.	Регистрация ЭКГ	
9.	Проведение плевральной пункции	
10.	Исследование функции внешнего дыхания (спирография)	
11.	Анализ и составления заключения по ЭКГ	
12.	Участие в оформлении выписных эпикризов	
13.	Участие в эндоскопическом исследовании ЖКТ (ФГДС, ФКС)	
14.	Участие в бронхоскопии	
15.	Участие в рентгенологическом исследовании	
16.	Участие в нагрузочных тестах (ВЭМ, стрессЭХОКГ)	
17.	Оказание помощи при гипертоническом кризе	
18.	Оказание помощи при отеке легких	
19.	Оказание помощи кардиогенном шоке	
20.	Оказание помощи при гипогликемии	
21.	Интерпретация результаты ЭХО КГ	
22.	Определение группы крови больному	
23.	Измерение артериального давления (АД)	
24.	Промывание желудка	
25.	Участие в пункции плевры и брюшной полости	
26.	Подготовка больных к рентгенологическим и эндоскопическим методам исследования	
27.	Участие в проведении оксигенотерапии	
28.	Оказание помощи при: • удушье • рвоте • болях в грудной клетке	
29.	Проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца	
30.	Другие виды работ	
31.	Самостоятельная работа ➤ Реферат по теме ➤ Описание интересного клинического случая ➤ Оформление стенда и др.	
32.		

Зав. отделением _____ ФИО
(Подпись)

ХАРАКТЕРИСТИКА

Студент (ка) _____
(Ф.И.О.) _____

_____ группы _____ факультета
проходил (а) производственную клиническую практику (помощник врача)
с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г. на базе _____.

(название отделения, ЛПУ)

Общая характеристика прохождения практики:

Уровень теоретической подготовки студента (ки):

Уровень практической подготовки студента (ки):

Рекомен

дации и замечания:

Зав. отделением ФИО _____

(подпись)

Непосредственный
руководитель практики
(сотрудник кафедры) _____

(подпись)

Примечание: при написании характеристики должны быть отражены следующие данные: а) уровень теоретической подготовки; б) владение практическими навыками; в) соблюдение принципов медицинской этики; г) отношение к работе и участие в общественной жизни, санпросвет работе; д) выполнение программы практики полностью.

Правила оформления дневника – раздел АКУШЕРСТВО-ГИНЕКОЛОГИЯ.

1. Дневник предваряет краткая характеристика стационара с описанием отделений.
2. Отчет о каждом дне практики с указанием производственных манипуляций и ассистенций:
а) дата и время работы _____
б) выполненная работа: участие в обследовании пациенток, ассистенции и самостоятельно произведенные манипуляции (курация пациентки)
Ежедневные записи должны заканчиваться перечислением выполненных практических навыков и подписью зав. отделением.
В дневнике необходимо записывать выполненную работу с обязательным перечислением всех выполненных практических навыков.
3. По окончании практики студент составляет цифровой отчет о проделанной работе. Дневник и характеристику работы студента подписывают заведующий отделением

Схема дневниковой записи по акушерству

Дата	За 18 часов дежурства было 18 срочных родов, родилось 18 живых доношенных детей.	Назначени я
01.07.16 с 09.00	16 родов физиологических. 2 операции кесарева сечения:	

до15.00	1-плановое кесарево сечение по поводу предлежание плаценты 2-кесарево сечение в экстренном порядке по поводу смешанного гестоза тяжелой степени, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. <i>Отчет дежурного врача:</i> <i>Курация рожениц:</i> Смирнова О.В., 28лет повторнбеременная первородящая с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (несостоявшийся выкидыш раннего срока, выскабливание полости матки в 2009г, эктопия шейки матки). Состояла на учёте в женской консультации с 10/11 недель беременности, 12 посещений, полностью обследованная. Беременность протекает на фоне избыточной массы тела, с неравномерной прибавкой массы с 20 недель беременность и вагинитом (лейкоциты 20-40-60 в полях зрения). Доставлена в родильный дом сантранспортом 01.07.16 в 00:10 с жалобами на подтекание околоплодных вод с 21:00 30.06.16 Диагноз при поступлении: Беременность 38 недель. Преждевременное излитие околоплодных вод. Ожирение 2 степени. План родов: при развитии спонтанной родовой деятельности роды вести через естественные родовые пути с профилактикой восходящей инфекции и гипоксии плода. Назначен медикаментозный сон-отдых. 04:00 – начались регулярные схватки. 09:00 – в родах три часа. Безводный промежуток 12 часов. Жалобы на умеренные болезненные схватки. Голова не болит. Зрение ясное. Состояние удовлетворительное. АД 120/80 мм.рт.ст. d=s. Пульс 84 уд. в мин., ритмичный. Схватки средней силы, через 4-5 минут по 30-35 сек. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ритмичное, ясное, 136 уд. в мин. Подтекают светлые околоплодные воды в умеренном количестве. КТГ с 08:20 до 08:50: состояние плода удовлетворительное. Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 5 см. Плодного пузыря нет, подтекают светлые околоплодные воды в умеренном количестве. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди, большой справа и сзади. Диагноз: Роды I, срочные. I период. Преждевременное излитие околоплодных вод. Ожирение II степени. Заключение: ведение родов продолжить согласно намеченному плану. В связи с длительным безводным промежутком показана антибиотико-профилактика гнойно септических осложнений. <i>В первом периоде родов наружный акушерский статус описывают каждые 2 часа, каждые 4-6ч. вместе с влагалищным статусом, после чего следует диагноз и заключение.</i> 13:20 Жалобы на появление потуг. Состояние удовлетворительное АД 120/80 мм.рт.ст., d=s. Пульс = 88 уд. в мин., ритмичный. Схватки через 2-2,5 мин. по 40-50 сек., сильные. Потуги достаточной силы. Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода ритмичное, ясное. 148 уд. в мин. Воды подтекают светлые, скудно. <i>Во втором периоде родов наружный статус описывают каждые 10 – 15 мин.</i>	
---------	--	--

	13:40 Родилась живая доношенная девочка с оценкой по шкале Апгар 8/9 быллов, массой 3500г., длиной 50 см. Моча выведена катетером светлая, 150 мл. 13:50 Самостоятельно отделилась плацента и выделился послед без видимых дефектов плацентарной ткани. Оболочки выделились все. Кровопотеря 200 мл. Матка сократилась хорошо. 14:30 Осмотр мыгких родовых путей: разрывов нет. <i>Работу в дородовом и послеродовом отделениях описывают в виде курации пациентки во время утреннего обхода.</i>	
--	---	--

Образец ведения дневника по гинекологии

Дата, время	Содержание работы	Подпись врача
01.07.16 с 09.00 до 15.00	В 9 часов утра присутствовал(а) на утренней конференции. Ответственный врач доложил: поступили 9 женщин. Из них две с самопроизвольным абортом в ходу, по поводу чего было выполнено два выскабливания полости матки под внутривенным наркозом. Три женщины поступили на плановую операцию: две по поводу миомы матки и одна по поводу дермоидной кисты яичника. Также была произведена одна полостная операция в связи с разрывом кисты правого яичника и одна операция по поводу нарушенной трубной беременности. С 10.00 до 15.00 совместно с врачом проводил обход больных, заполнял дневники истории болезни. Работал в смотровом кабинете. Участвовал в приеме вновь поступающих больных в приемном покое. Особого внимания заслуживала больная 26 лет с самопроизвольным неполным выкидышем 7/8 недель беременности. Ассистировал врачу при экстренном выскабливании больной в связи с кровотечением. Была назначена интенсивная антибактериальная и инфузионная терапия. По окончанию дежурства следует составить краткий итог работы, сделанной самостоятельно: собрал анамнез у ___ больных, наружный осмотр ___, осмотр в зеркалах ___, взятие мазков ___, участие в операциях ___, выполнил в/в инъекции ___, т.д.	

Перечень практических навыков, полученных в результате производственной практики: Акушерство.

1. Заполнение истории родов. Сбор общего и акушерско-гинекологического анамнеза.
2. Наружное акушерское исследование беременных и рожениц (определение срока, пельвиометрия, аускультация плода, приемы Леопольда-Левицкого).
3. Внутреннее исследование беременных и рожениц под контролем врача.
4. Совместно с лечащим врачом составление плана ведения родов при различной акушерской и соматической патологии.
5. Совместно с лечащим врачом динамическое наблюдение за роженицами: аускультация плода, измерение АД, частоты пульса, оценка характера схваток, времени излития околоплодных вод
6. Профилактика кровотечения в 3-м периоде родов.
7. Ведение послеродового периода. Определение признаков отделения плаценты. Под контролем врача - отделение последа наружными способами.
8. Осмотр последа и оценка объема кровопотери в родах.
9. Ассистенция при осмотре и ушивании разрывов тканей мягких родовых путей.
10. Катетеризация мочевого пузыря
11. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Ассистенция при проведении первичного туалета новорожденного.

12. Наружный массаж матки после родов.
13. Взятие мазков из влагалища на микробиоценоз.
14. Обработка швов промежности и передней брюшной стенки.
15. Снятие швов с промежности и передней брюшной стенки.
16. Участие в диагностических мероприятиях: амниоскопии, УЗИ и КТГ.
17. Оценка акушерского статуса родильницы.

Гинекология

1. Заполнение истории болезни. Сбор акушерско-гинекологического анамнеза у гинекологических больных.
2. Осмотр наружных половых органов, исследование в зеркалах и бимануальное исследование внутренних органов.
3. Поставить предварительный диагноз на основании данных анамнеза и объективного исследования
4. Составление плана комплексной терапии при различной гинекологической патологии.
5. Взять мазки для бактериоскопического и цитологического исследования.
6. Курация больных совместно с лечащими врачами отделения.
7. Обработка послеоперационной раны передней брюшной стенки.
8. Снятие швов на передней брюшной стенке.
9. Постановка и санация катетера Фоллея.
10. Участие в определении группы крови и гемотрансфузии.
11. Совместно с врачом УЗИ диагностика.

ХАРАКТЕРИСТИКА

Студент (ка) _____
(Ф.И.О.) _____

_____ группы _____ факультета
проходил (а) производственную клиническую практику (помощник врача)
с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г. на базе

_____.
(название отделения, ЛПУ)

Общая характеристика прохождения практики:

Уровень теоретической подготовки студента (ки):

Уровень практической подготовки студента (ки):

_____ Рекомен
дации и замечания:

Зав. отделением ФИО _____
(подпись)

Непосредственный
руководитель практики
(сотрудник кафедры) _____
(подпись)

Примечание: при написании характеристики должны быть отражены следующие данные: а) уровень теоретической подготовки; б) владение практическими навыками; в) соблюдение

принципов медицинской этики; г) отношение к работе и участие в общественной жизни, санпросвет работе; д) выполнение программы практики полностью.

Правила оформления дневника – раздел ХИРУРГИЯ.

Образец оформления дневника

Дата 201 года

Часы работы: с по

Время	Содержание выполненной работы
8.30-8.45	Присутствовал на утренней врачебно-сестринской конференции.
8.45-9.00	Совместно с врачом составлял план до обследования и определял тактику лечения пациентов с хирургической патологией (показания к консервативному и оперативному лечению)
9.00-9.15	
9.15-11.00	Транспортировал тяжелого больного на кресле-каталке в рентгенологический кабинет
	Обход палаты (ведение 5-8 больных)
11.00-12.30	При первичном приеме пациента подробно излагаются жалобы, анамнез, объективный статус, обоснование предварительного диагноза, план обследования и лечения пациента.
	Подробные дневники наблюдения курируемых больных с указанием динамики их состояния, плана обследования и лечения.
12.30-13.00	Принимал участие в эндоскопическом исследовании
13.00-13.30	Определял группу крови
	Забор крови для клинического анализа
	Принимал участие в рентгенологическом исследовании
	Принимал участие в проведении перевязок послеоперационной раны
	Ассистировал во время оперативного вмешательства
	Принимал участие в плевральной пункции
	Принимал участие в проведении лапароцентеза
	Расшифровал ЭКГ
	В дневнике отдельным пунктом должны быть изложены эпикризы не менее 3-х пациентов, из числа курируемых студентом за время практики.

Подписи: Зав. хирургическим отделением

Студент

№ п/п	Наименование	Кратность
1.	Количество первично принятых больных	
2.	Количество курируемых больных	
3.	Участие в обходах зав. отделения, профессора	
4.	Участие в клинических разборах, научных конференциях	
5.	Оценка общего состояния пациента	
6.	Обоснование предварительного диагноза	
7.	Обоснование окончательного клинического диагноза	
8.	Проведение плевральной пункции	
9.	Участие в эндоскопическом исследовании ЖКТ (ФГДС, ФКС)	
10.	Участие в бронхоскопии	
11.	Участие в рентгенологическом исследовании	
12.	Ассистирование при оперативном вмешательстве (указать вид)	
13.	Снятие швов, удаление (промывание) дренажей	
14.	Уметь определять симптомы характерные для хирургических заболеваний органов брюшной полости	
15.	Интерпретация результатов КТ, МРТ	
16.	Определение группы крови больному	
17.	Промывание желудка	
18.	Выполнение сифонной клизмы	
19.	Подготовка больных к рентгенологическим и эндоскопическим методам исследования	
20.	Оказание неотложной помощи при: • легочном кровотечении • желудочно-кишечном кровотечении	
21.	Проведение ИВЛ и закрытого массажа сердца	
22.	Другие виды работ	

ХАРАКТЕРИСТИКА

Студент (ка) _____
(Ф.И.О.) _____

_____ группы _____ факультета,
Проходил (ла) _____ практику с «___»
_____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г. на базе _____.

(название ЛПУ)

Общая характеристика прохождения практики: _____

Уровень теоретической подготовки студента (ки): _____

Уровень практической подготовки студента (ки): _____

_____ Реком
ендации и замечания: _____

Непосредственный руководитель
практики _____

(подпись)

(Сотрудник кафедры) (подпись)

Рекомендации по работе с литературой

Если в литературе встречаются разные точки зрения по тому или иному вопросу из-за сложности прошедших событий и правовых явлений, нельзя их отвергать, не разобравшись. При наличии расхождений между авторами необходимо найти рациональное зерно у каждого из них, что позволит глубже усвоить предмет изучения и более критично оценивать изучаемые вопросы. Знакомясь с особыми позициями авторов, нужно определять их схожие суждения, аргументы, выводы, а затем сравнивать их между собой и применять из них ту, которая более убедительна.