

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Российской Федерации»**

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
ПОМОЩНИК ВРАЧА СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ
(ТЕРАПИЯ, ХИРУРГИЯ, ТРАВМАТОЛОГИЯ)**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Рекомендовано методической комиссией лечебного факультета ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава РФ в качестве учебного пособия для студентов лечебного факультета

Иваново - 2014

Составители: Ушакова С.Е., Александров М.В., Белова Г.В., Бурсиков А.В.,
Кузьмин А.Л., Бойцов Н.И., Кирпичев И.В., Качанова Л.А.

Составлено в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности 04.01.00 "Лечебное дело"

Даны цели и задачи летней производственной практики студентов 5 курса лечебного факультета в качестве помощника врача скорой и неотложной помощи, ее организация, инструкция по ведению и примеры оформления дневника практики, перечни практических умений, подлежащих освоению во время прохождения практики, методика написания учебной исследовательской работы студента, контрольные вопросы для подготовки к зачету по производственной практике по терапии, хирургии и травматологии.

Рецензенты:

заведующий кафедрой госпитальной терапии ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ, д.м.н., профессор Мишина И.Е.

заведующий кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО Ярославской государственной медицинской академии МЗ РФ, доктор медицинских наук, профессор Чижов П.А.

Производственная практика (ПП) относится к одной из важнейших форм профессиональной подготовки будущих врачей в период обучения в вузе.

Целями ПП являются: приобретение организационных, лечебно-диагностических, профилактических умений, включая неотложную помощь, и достижение базовой компетентности - **способности (умения)** решать типовые профессиональные задачи (организационные, лечебно-диагностические, профилактические) соответственно уровню подготовки.

Изучение работы врача в первичном звене здравоохранения в амбулаторно-поликлиническом учреждении и приобретение соответствующих умений являются целями практики в поликлинике на 5 курсе. Студенты проходят практику в качестве помощника врача-терапевта и врача-хирурга поликлиники, врача травматолога травматологического пункта.

Студент должен получить умения: по организации амбулаторной помощи населению и взаимодействию со стационарными лечебными учреждениями, по оказанию лечебно-профилактической помощи основной массе населения в условиях поликлиники; по формированию основ клинического мышления, по ранней диагностике наиболее часто встречающихся заболеваний с учетом особенностей их течения, лечения, профилактики, диспансеризации, экспертизы нетрудоспособности; по оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе при острых заболеваниях и ургентных состояниях (в терапии, хирургии, травматологии).

Основные задачи производственной практики:

1. Знакомство с организацией работы поликлиники и травматологического пункта, ролью поликлиники в системе здравоохранения России, структурой поликлиники, лечебной и диагностической базой, взаимоотношениями поликлиники с другими лечебными учреждениями.

2. Знакомство с организацией работы врача-терапевта и врача-хирурга поликлиники, врача-травматолога травматологического пункта.

3. Знакомство с основными документами в поликлинике, приобретение умений оформления их у конкретного пациента.

4. Развитие умений диагностики основных терапевтических и хирургических заболеваний и травм, организации лечебного и диагностического процесса, контроля за ходом лечения.

5. Освоение умений оформления записей результатов диагностического и лечебного процесса в амбулаторной карте.

Организация практики

К прохождению летней производственной практики в качестве помощника врача-терапевта и врача-хирурга поликлиники, врача-травматолога травматологического пункта допускаются студенты, успешно прошедшие теоретическую подготовку, имеющие практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам, в том числе приобретенные на моделях (симуляторах) профессиональной деятельности.

Организацию практики обеспечивает отдел производственной практики ИвГМА, методическое руководство практикой – кафедры поликлинической тера-

пии и эндокринологии, факультетской хирургии и урологии, кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Базами летней производственной практики являются лечебные учреждения Ивановской и Владимирской областей, с которыми ИвГМА заключила соответствующие договоры. В отдельных случаях студенту может быть разрешено прохождение производственной практики в ЛПУ по месту жительства при наличии официального письменного согласия руководителя данного учреждения. При этом должны быть выполнены все требования программы практики.

В лечебно-профилактическом учреждении (объединении, центральной районной больнице или поликлинике) приказом главного врача назначается базовый руководитель практики (обычно один из заведующих отделением). На кафедре приказом ректора назначаются кураторы (руководители) практики.

Базовый руководитель практики:

1. Принимает студента на базе практики, отмечая в направлении даты прибытия и убытия с практики, скрепляя их своей подписью и печатью ЛПУ.
2. Обеспечивает студенту возможность освоения практических умений по предмету согласно перечню.
3. Проверяет уровень освоения практических умений студентом, отмечает посещаемость, прилежание, интерес к предмету, качество ведения дневника, регулярно подписывая дневник студента.
4. По итогам практики дает краткую характеристику студенту, где оценивает уровень освоения студентом практических умений по пятибалльной системе: (неудовлетворительно – не в состоянии выполнить; удовлетворительно – выполняет практическое умение, но допускает существенные ошибки в методологии выполнения и деталях; хорошо – владеет практическим умением в его принципиальных основах; отлично – качественно владеет практическим умением на рекомендуемом уровне).
5. По совокупности овладения практическими умениями выставляет оценку студенту за работу на практике, скрепляя ее своей подписью и печатью ЛПУ.

Кафедральный куратор практики:

1. Методически обеспечивает прохождение практики по своему предмету (особенности оформления дневника производственной практики (ПП), объём записей, перечень практических умений, соотношение уровня освоения практических умений (иметь представление, оценить, принять участие в выполнении, выполнить под руководством, выполнить самостоятельно).
2. Знакомит студентов с требованиями к зачету по своему предмету.
3. Консультирует студентов во время прохождения ПП по сложным вопросам.
4. Руководит УИР студентов по своему предмету.
5. Представляет отчет в отдел практики по итогам летней производственной практики (количество студентов, прошедших и не прошедших практику, оценки, трудности, предложения).
6. Участвует в работе комиссии по приему зачёта по производственной практике.

Студенты во время практики работают под контролем прикрепленного врача-терапевта (2 недели), хирурга (1 неделя) и травматолога (1 неделя). Продолжи-

тельность рабочего дня студента на производственной практике равна рабочему дню врача соответствующей специальности с учётом непосредственного приёма в поликлинике и работы по обслуживанию больных на дому.

Во время производственной практики в обязанности студентов входит работа на приеме в поликлинике, посещение больных на дому, участие в работе врачебной комиссии (ВК), участие в поликлинических конференциях, диспансеризации больных терапевтического и хирургического профиля, противоэпидемической и санитарно-просветительной работе.

Для выполнения программы практики студент обязан выполнить одно дежурство в поликлинике с 15-00 до 19-00 в качестве помощника дежурного врача поликлиники или в приемном отделении стационара (в зависимости от особенностей организации работы в конкретном лечебно-профилактическом учреждении). Вечерние дежурства не освобождают студента от работы в поликлинике в этот день.

Чтобы достигнуть цели практики: приобретение организационных, лечебно-диагностических и профилактических умений, на кафедрах разработаны перечни практических умений для студентов 5 курса, которые конкретизирует, чему должен научиться студент к окончанию практики, и схематично представлена технология достижения этого результата. Перечни практических умений составлены в соответствии с квалификационной характеристикой выпускника медицинского вуза по специальности 04.01.00 "Лечебное дело" (2000) и в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности "Лечебное дело" (2000). Все умения, вынесенные на практику, отражают реальную работу врача. Для каждого конкретного умения указаны рекомендуемые уровень освоения и минимальное число повторений данного умения. Ваша цель – достижение рекомендованного уровня освоения. А для этого необходимо поработать над совершенствованием умения, выполнив его несколько раз.

Во время производственной практики студенты ведут дневник и выполняют учебно-исследовательскую работу.

Инструкция по ведению дневника практики

За время производственной практики на каждом цикле студент оформляет дневник производственной практики. В дневнике студент отражает всю выполненную работу. Написание дневника – это не самоцель, а форма работы на практике. Работая над дневником, формулируя диагноз или анализируя особенности клиники или лечения данного больного, Вы отражаете накопление своего клинического опыта, приобретаете навыки врачебной мыслительной деятельности (осмысление данных осмотра и дополнительных методов исследований, применение классификации, формулировка диагноза, выводы об эффективности или неэффективности проводимого лечения). Ведение дневника – это один из способов достижения целей практики – овладения умениями и навыками. Работая на приеме и участке, Вы должны на примере конкретного пациента осваивать практические умения диагностики, профилактики, лечения, организации лечебного и диагностического процесса в амбулаторных условиях.

**Образец оформления титульного листа
дневника производственной практики**

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Российской Федерации»

ДНЕВНИК ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
студента(ки) ___ курса _____ факультета __ группы

Ф.И.О. _____

Производственная практика (название) _____

База практики (ЛПУ, отделение) _____

ФИО и должность базового руководителя _____

ФИО и должность кафедрального куратора _____

Сроки прохождения практики: с _____ по _____ года

Подпись базового руководителя практики _____ (подпись)

печать ЛПУ

Оценка, полученная на зачете по производственной практике _____

_____ (дата) _____ подпись преподавателя

Вторая страница дневника

Характеристика клинической базы практики

1. Название клинической базы практики
2. Место расположения, адрес
3. Наименование отделений, мощность
4. Оснащенность клинической базы диагностической и лечебной аппаратурой

График работы в поликлинике на практике по поликлинической терапии

Дата	День недели	Часы приёма в поликлинике	Часы выполнения вызовов
1.07	Понедельник	8.00 – 11.00	11.00 – 14.00
2.07	Вторник	8.00 – 11.00	11.00 – 14.00
3.07	Среда	16.00 – 19.00	13.00 – 16.00
4.07	Четверг	11.00 – 13.00	13.00 – 16.00
5.07	Пятница	8.00 – 11.00	11.00 – 14.00
6.07	Суббота	Выходной	
7.07	Воскресенье	Выходной	
8.07	Понедельник	8.00 – 11.00	11.00 – 14.00
9.07	Вторник	8.00 – 11.00	11.00 – 14.00
10.07	Среда	16.00 – 19.00	13.00 – 16.00
11.07	Четверг	11.00 – 13.00	13.00 – 16.00
12.07	Пятница	8.00 – 11.00	11.00 – 14.00
13.07	Суббота	Выходной	
14.07	Воскресенье	Выходной	

Подпись базового руководителя практики _____ (подпись)
 Печать ЛПУ

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО ТЕРАПИИ

Производственная практика – одна из важнейших форм профессиональной подготовки будущих врачей во время обучения в ВУЗе. Целями практики после окончания обучения на V курсе являются изучение работы врача амбулаторно-поликлинических учреждений и приобретение соответствующих навыков. Студенты проходят практику в качестве помощника участкового терапевта, работая под его контролем в течение 2 недель в амбулаторно-поликлинических учреждениях. График работы и длительность рабочего дня студента соответствуют графику работы врача.

Основные задачи производственной практики по поликлинической терапии:

1. знакомство с организацией работы поликлиники, ролью поликлиники в системе здравоохранения, структурой поликлиники и взаимоотношениями поликлиники с другими учреждениями здравоохранения (стационар, санаторий);
2. знакомство с работой участкового врача-терапевта, работа по первичному и повторному приёму больных совместно с участковым терапевтом, выполнение активных посещений больных под контролем участкового врача;
3. приобретение навыков оформления рецептов и основных документов, заполняемых в поликлинике;
4. освоение навыков диагностики основных терапевтических заболеваний, организации диагностического и лечебного процесса, контроля эффективности лечения;
5. приобретение навыков оформления записей в медицинских картах амбулаторного пациента в различных ситуациях.

Для выполнения поставленных задач студент работает совместно с врачом на приёме, самостоятельно активно посещает больных на дому по заданию участкового терапевта и докладывает ему о результатах посещения, участвует в диспансеризации больных терапевтического профиля. Для выполнения программы практики студент должен выполнить одно дежурство в поликлинике в качестве помощника дежурного врача (в вечернее или иное время в соответствии с составленным графиком работы).

Во время практики студенты ведут дневник и выполняют учебно-исследовательскую работу. Дневник и УИРС анализируются на зачёте по производственной практике и служат базой для дальнейшего собеседования со студентом.

Особенности работы участкового терапевта

В работе врача встречается множество моментов, которые невозможно изучить теоретически. Их можно понять и научиться выполнять только в процессе практической деятельности. И основное – это умение непосредственно общаться с больным, умение понять ту причину, которая явилась поводом для обращения пациента к врачу, распознать суть болезни, то есть поставить диагноз. Постановка диагноза в амбулаторных условиях практически всегда идет от симптома к синдрому, затем к предварительному диагнозу, а уже потом – к окончательному (уточненному).

Предварительный диагноз в большинстве случаев основан только на данных клинического обследования (расспрос, анамнез, пальпация, перкуссия, аускультация). Поэтому основное умение, вынесенное на практику – умение поставить предварительный диагноз заболеваний, изученных в течение 5 лет обучения, используя методы изучения жалоб, сбора анамнеза и непосредственного обследования больного. Также чрезвычайно важным является комплекс практических умений по амбулаторному ведению пациента в поликлинике.

Таким образом, комплекс практических умений по амбулаторному ведению пациентов предполагает решение следующих вопросов:

- постановка и формулировка предварительного диагноза;
- уточнение диагноза с использованием дополнительных методов исследования и консультаций врачей-специалистов;
- назначение лечения;
- решение вопроса о наличии показаний для госпитализации (плановой или экстренной);
- решение вопроса о трудоспособности пациента;
- оформление медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного, талон амбулаторного пациента, направления на обследования, рецепты и т.д.);
- при повторном обращении – оценка динамики самочувствия и состояния пациента, данных дополнительных методов обследования, формулировка уточнённого диагноза и коррекция лечения.

Работа участкового терапевта сложна также тем, что на приём обращаются пациенты с различной, в том числе и не терапевтической, патологией. Участковый врач должен знать терапию и хорошо ориентироваться в смежных областях.

Несмотря на то, что работа врача поликлиники сложна и многогранна, она имеет определенную структуру:

- 1) определение цели визита,
- 2) постановка диагноза с использованием физикальных методов исследования,
- 3) определение плана обследования для уточнения диагноза,
- 4) назначение лечения,
- 5) оформление документов.

Пример алгоритма первичного приёма больного участковым терапевтом приведён в табл. 1

Таблица 1. Алгоритм приёма первичного больного с ОРЗ в поликлинике

Ориентировочная основа действий (последовательность действий)	Результат мыслительной операции (результат действий)	Патоморфологическое и патофизиологическое обоснование действий и технологии вмешательства
1. Определить цель визита	Получение информации о состоянии здоровья, рекомендаций по лечению, документа, подтверждающего освобождение от работы	Интоксикация и катаральные явления нарушают качество жизни и препятствуют выполнению профессионального труда
2. Провести опрос больного, выявить и детализировать жалобы	Повышение температуры С, заложенность носа, першение и боль в горле, сухой кашель, слабость	Интоксикация вирусными или бактериальными токсинами, раздражение терморегуляторного центра, воспалительный отёк слизистой носа, ротоглотки
3. Собрать анамнез заболевания	Болен второй день: вчера вечером появились вышеописанные симптомы, На работе имел контакт с пациентом с подобными симптомам. Вчера самостоятельно принимал аспирин.	Заболевание началось остро, возможна вирусная этиология и воздушно-капельный путь заражения
4. Собрать анамнез жизни: выявить хронические заболевания, обострение которых может вызвать подобные симптомы	Хронические заболевания отсутствуют	Симптомы, явившиеся основанием для обращения, могут быть проявлением остро возникшего заболевания
5. Осмотреть больного, обратить особое внимание на пораженные системы	Т 37,3 ⁰ С. Пульс – 90 в мин. Кожа горячая влажная. При осмотре сухой кашель, явления ринита, вокруг зева – гиперемия, задняя стенка глотки мелкозерниста, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. В остальном – по органам без особенностей	Выявлены объективные признаки поражения верхних дыхательных путей, (явления ринита и фарингита) объективные признаки интоксикации

6. Поставить предварительный диагноз – диагноз, основанный на данных анамнеза и физикальных методов исследования	ОРЗ: ринофарингит легкой степени тяжести	Предварительный диагноз – это диагноз наиболее вероятного заболевания, требующий уточнения и детализации. Острое начало, наличие катарального (ринофарингит) и интоксикационного синдромов свидетельствуют о наличии ОРЗ. Нозологическая спецификация синдрома ОРЗ в условиях поликлиники невозможна и не имеет практического значения.
7. Определить набор дополнительных методов, позволяющих подтвердить или поставить диагноз	В случае типичного течения ОРЗ диагноз ставится на основании клинических данных. При необходимости дифференциальной диагностики: - анализ крови общий, - анализ мокроты, - рентгенография грудной клетки.	При наличии выраженной интоксикации, кашля с мокротой, участка влажных мелкопузырчатых хрипов или крепитации требует исключения пневмонии. Наличие лейкоцитоза и ускоренного СОЭ, наличие лейкоцитов в мокроте заставит подумать о бактериальной инфекции. Наличие очагового инфильтрата в лёгких позволит диагностировать пневмонию.
8. Составить план обследования с учетом предварительного диагноза	Отсутствие хронических заболеваний и характерная клиника ОРЗ позволяют предположить выздоровление пациента через 5-6 дней, что не потребует проведения дополнительных исследований	ОРЗ заканчивается выздоровлением через 5-6 дней (при аденовирусной и респираторно-синцитиальной вирусной инфекции – до 8 – 10 дней). При наличии осложненных катарального и интоксикационного синдромы сохраняются, что может потребовать дополнительных исследований (анализ крови, рентгенограмма лёгких и придаточных пазух носа).
9. Определить наличие временной нетрудоспособности	Наличие катарального и интоксикационного синдромов является основанием для определения временной нетрудоспособности	Работающему необходимо выдать листок нетрудоспособности, учащемуся – справку 095/У
10. Обосновать тактику ведения больного, методов лечения и профилактики, определить прогноз. Составить план лечения больного с учетом предварительного диагноза	Прогноз благоприятный. Выздоровление возможно через 4-5 дней. Больному показан домашний режим, обильное витаминизированное питьё, местная противовоспалительная терапия (биопарокс по 1 ингаляции 4 раза в день либо стрепсилс, фалиминт и т.д.). При повышении температуры выше 38°C – 1 таблетка ацетилсалициловой кислоты или парацетамола. Явка в поликлинику через 4 дня для оценки эффективности лечения и восстановления трудоспособности	Учитывая неизвестную этиологию заболевания, лечение является синдромальным. Биопарокс, стрепсилс, фалиминт, стрептолете и т.д. оказывают противовоспалительное и местное анестезирующее и антисептическое действие, уменьшая симптомы заболевания и препятствуя активизации местной бактериальной флоры, профилактируя возможные осложнения. Если имеются основания предполагать микоплазменную или бактериальную этиологию ОРЗ, в комплекс лечения необходимо включить антибиотики - эмакролиды или полусинтетические пенициллины соответственно
11. Определить критерии выздоровления	Отсутствие клинических проявлений ОРЗ - интоксикации и катарального синдрома	Отсутствие объективных проявлений этих синдромов свидетельствует об отсутствии воспалительной инфильтрации слизистой верхних дыхательных путей

<p>12. Оформить медицинскую документацию: медицинскую карту амбулаторного больного, талон амбулаторного пациента, листок нетрудоспособности, рецепты</p>	<p>Жалобы на повышение температуры С, насморк, першение в горле, сухой кашель, слабость. Болен второй день. Об-но: Т 37,3⁰ кожа горячая, влажная. Пульс 90 в минуту, ритмичен. АД 120/80 мм рт.ст. При осмотре сухой кашель. Явления ринита. Вокруг зева гиперемия, задняя стенка мелкозерниста, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Диагноз: ОРЗ: ринофарингит, легкое течение Нетрудоспособен, б/л № С ...- по...-, явка...(дата) Рекомендовано: Режим амбулаторный, обильное витаминизированное питье, биопарокс 1 ингаляция 4 раза в день, аспирин – 1 табл. при повыше С.</p> <p>В талоне амбулаторного пациента указать № страхового полиса, данные паспорта, адрес и место работы пациента, категорию – работающий, код услуги – приём, повод обращения – лечебно диагностический. Листок нетрудоспособности оформить как первичный, вид нетрудоспособности – заболевание, в графе освобождение от работы арабскими цифрами с какого числа, месяцы и года по какое число включительно освобожден от работы пациент. Указать должность и фамилию врача, поставить подпись.</p>	<p>Медицинская карта амбулаторного больного – первичный медицинский документ, отражающий факт обращения за медицинской помощью. По записям в амбулаторной карте эксперты оценивают качество оказания медицинской помощи.</p> <p>Листок нетрудоспособности является документом, обосновывающим отсутствие на работе и документом, по которому проводится оплата дней нетрудоспособности из фонда социального страхования Пациент не относится к категории, имеющей право на дополнительное лекарственное обеспечение. Сильнодействующие и токсичные препараты ему не назначаются, поэтому рецепты выписываются на обычных бланках Талон амбулаторного пациента является статистическим документом. Кроме того, записи в нём являются основанием для оплаты страховой компанией оказанных медицинских услуг</p>
--	---	---

Особенности оформления дневника производственной практики по поликлинической терапии

Дневник должен содержать следующие разделы.

1. **Характеристику поликлиники** как лечебного учреждения: численность обслуживаемого населения, количество врачебных участков, наличие специализированных кабинетов.

2. **Характеристику участка**, на котором работает студент: возрастной и половой состав населения, структура заболеваемости на участке, характеристика диспансерной группы, среднечасовая нагрузка участкового врача на приеме и на участке.
3. На первой странице составляется **график работы**, где указываются часы работы с учетом приема в поликлинике и посещений больных на участке. График соответствует графику работы участкового терапевта по 5-дневной рабочей неделе. График работы студента утверждается базовым руководителем практики.
4. **Содержание работы** за каждый день. Дневник должен отражать основное содержание рабочего дня с описанием диагнозов больных, обслуженных во время приема и посещения их на дому (см. **приложение № 1**), участие в работе врачебной комиссии (ВК), в диспансеризации, противоэпидемической работе и других профилактических мероприятиях, проведении санитарно-просветительной работы на участке, оформлении медицинских карт амбулаторного больного, талонов амбулаторного больного, рецептов и т.д.
5. Ежедневные **итоговые цифровые показатели** освоения практических умений.
6. **Отчёт о практике** (оформленный перечень практических умений с указанием достигнутого уровня).
7. **Характеристику** и оценку работы студента базовым руководителем практики – заведующим терапевтическим отделением поликлиники. Заведующий отделением по окончании практики дает краткую характеристику студенту и оценивает его работу по пятибалльной системе. Характеристика заверяется подписью базового руководителя практики и печатью лечебного учреждения.

Дневник работы в поликлинике ведется в свободном изложении. Каждый день один из осмотренных на приеме или на дому больных (указываются его инициалы и возраст) описывается в дневнике подробно с оформлением записи, соответствующей записям в амбулаторной карте (**приложение № 2**), с описанием жалоб, анамнеза, статуса, методов постановки диагноза, назначенного лечения и тактики дальнейшего ведения больного. У остальных больных, курированных в этот день, указываются только диагнозы.

Особое внимание следует обратить на оформление диагнозов. Они должны соответствовать принятым классификациям и быть по возможности более полными. Вы должны быть готовы к тому, что на зачёте члены комиссии могут задать вопросы по критериям установления диагноза, стадии заболевания и т.д.

Дневник заполняется ежедневно и подписывается лично студентом и врачом, к которому прикреплен студент.

К дневнику прилагается заверенная путевка о прочитанной лекции или проведенной беседе и УИРС.

Требования к усвоению практических умений

На зачёте оцениваются, прежде всего, те практические умения, которыми Вы должны были овладеть во время производственной практики.

Вы **должны уметь** оформить диагноз в соответствии с принятой классификацией, знать критерии установления диагноза, стадии заболевания и т.д.

Члены комиссии в ходе зачёта могут проверить ваше **умение оформлять основные документы**: листок нетрудоспособности, талон амбулаторного пациента, контрольную карту диспансерного наблюдения, справку о временной нетрудоспособности учащихся и студентов. Вы должны также **знать назначение и правила оформления** следующих документов: экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, справка для получения путёвки на санаторно-курортное лечение, санаторно-курортная карта, справка врачебной комиссии, направление на МСЭ.

Вы должны **уметь выписать рецепты** на те лекарственные препараты, которые были использованы для лечения больных. Вы должны изучить и быть готовыми заполнить рецептурные бланки на получение обычных лекарственных препаратов; препаратов, относящихся к группе сильнодействующих и токсичных веществ; а также рецептурные бланки, дающие право на получение лекарственных препаратов по системе дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

Вы должны **уметь дать заключение** по результатам общего анализа крови или мочи, анализа мокроты, биохимическим анализам крови, ЭКГ.

Для достижения цели практики – приобретения организационных, лечебно-диагностических и профилактических умений, на кафедре поликлинической терапии и эндокринологии разработан перечень практических умений для студентов 5 курса, который определяет, чему должен научиться студент к окончанию практики по терапии. Для каждого конкретного умения указаны рекомендуемые уровень освоения и число повторений данного умения. Ваша цель – достижение рекомендованного уровня освоения навыка и умения. Для этого необходимо поработать над совершенствованием умения, выполнив его несколько раз. Освоение умений на рекомендованном уровне будет означать, что цель практики достигнута. Отчётом о проделанной работе является оформленный Вами перечень практических умений (**приложение № 3**). Комиссия преподавателей на зачёте оценит объективность Вашей самооценки.

Уровни освоения умений

1. Иметь представление, уметь объяснить, профессионально ориентироваться, знать показания к применению.
2. Оценить, принять участие.
3. Выполнить под контролем, под руководством специалиста.
4. Выполнить самостоятельно.

Перечень документов, которые студент должен уметь оформить

1. Медицинская карта амбулаторного больного (учётная форма 025/у).
2. Талон амбулаторного пациента (учётная форма 025-10/у).
3. Листок нетрудоспособности.
4. Рецептурные бланки на получение обычных лекарственных препаратов; препаратов, относящихся к группе сильнодействующих и токсичных веществ; а также рецептурные бланки, дающие право на получение лекарственных препаратов по системе дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

Перечень документов, назначение и правила оформления которых должен знать студент

1. Контрольная карта диспансерного наблюдения (учётная форма 030/у).
2. Книга записи вызовов врача на дом (учётная форма 031/у).
3. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении (учётная форма 058/у).
4. Справка для получения путевки на санаторно-курортное лечение (учётная форма 070/у).
5. Санаторно-курортная карта (учётная форма 072/у).
6. Книга регистрации листков нетрудоспособности (учётная форма 036/у).
7. Справка о временной нетрудоспособности студентов и учащихся (учётная форма 095/у).
8. Направление в бюро МСЭ (учётная форма 088/у).
9. Справка для поступающих в высшие и средние учебные заведения (учётная форма 086/у).

Санитарно-просветительная работа

Одной из задач врача в поликлинике является проведение профилактики возникновения заболеваний или их обострений. Оно заключается в умении в доступной для пациента форме рассказать пациенту о причинах его заболевания, о факторах риска прогрессирования, о принципах лечения, об особенностях питания и образа жизни при конкретном заболевании. Санитарно-просветительная работа может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме (беседа, лекция), участие в проведении занятий «Школ здоровья» для пациентов. Для подготовки беседы необходимо составить её план и конспект, где отразить основные положения (тезисы).

Примерные темы лекций и бесед с больными в поликлинике

1. Профилактика гипертонической болезни.
2. Профилактика хронического бронхита.
3. Профилактика бронхиальной астмы.
4. Профилактика ИБС.
5. Рациональное питание при сердечно-сосудистых заболеваниях.
6. Профилактика простудных заболеваний.
7. Профилактика кишечных инфекций.
8. Здоровый образ жизни.
9. Диета при заболеваниях желудка.
10. Профилактика гипертонических кризов.

Зачёт по практике по разделу поликлинической терапии

Зачет по практике будет проходить по окончании практики по расписанию, составленному учебной частью. Зачет будет принимать комиссия преподавателей.

Зачет по поликлинической практике – это оценка того, чему Вы научились на практике, что Вы умеете делать, в какой мере Вы научились выполнять те практические умения, овладение которыми составляло задачу практики. На зачет вы-

носятся исключительно практические вопросы: методика постановки диагноза, значение дополнительного метода исследования в диагностике данного заболевания, принципы лечения конкретной нозологической формы, организация работы врача поликлиники, оформление рецептов и другой медицинской документации, принципы ведения больного в поликлинике.

Оценка за практику по поликлинической терапии выставляется из расчёта максимально возможного количества баллов, равного 100 (100 баллов за собеседование по дневнику и анализ практических умений и 100 баллов за УИРС).

***Контрольные вопросы для подготовки к зачету
по практике по разделу поликлинической терапии***

1. Организация деятельности врача-терапевта участкового (Приказы Министерства здравоохранения РФ).
2. Правила выписывания рецептов на лекарства.
3. Основные правила выдачи и заполнения листов нетрудоспособности.
4. Основные группы больных, подлежащих диспансерному наблюдению у врача-терапевта поликлиники.
5. Знание основной поликлинической документации.
6. Порядок оформления журнала записей вызовов врача на дом.
7. Определение показаний для госпитализации при основных терапевтических заболеваниях.
8. Порядок оформления санаторно-курортной карты.
9. Методы постановки диагнозов «гипертоническая болезнь», «стенокардия», «хронический бронхит», «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки», «хронический гастрит», «ОРЗ», «грипп», «ангина», «пневмония» в амбулаторных условиях.
10. План обследования больного гипертонической болезнью, стенокардией, хроническим бронхитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим гастритом, ОРЗ, гриппом, ангиной, пневмонией в амбулаторных условиях.
11. Тактика ведения и лечения больного с гипертонической болезнью, стенокардией, хроническим бронхитом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим гастритом, ОРЗ, гриппом, ангиной, пневмонией в амбулаторных условиях.
12. Тактика амбулаторного врача при наличии подозрения на нестабильную стенокардию (впервые возникшую, прогрессирующую).
13. Рентгенологические изменения у больного с подозрением на пневмонию.
14. Изменения на ЭКГ, которые могут выявляться при ИБС .
15. Оценка данных ЭКГ при гипертонической болезни.
16. Изменения на рентгенограмме, встречающиеся при наличии хронического бронхита.
17. Неотложная помощь при приступе стенокардии в амбулаторных условиях.
18. Неотложная помощь при гипертоническом кризе в амбулаторных условиях.
19. Неотложная помощь при приступе удушья в амбулаторных условиях.

Приложение № 1

Пример оформления записи в дневнике за день работы

Первый день

1. На приёме. Больной Н., мужчина 50 лет.

Предъявляет жалобы на периодически возникающие боли сжимающего характера за грудиной при ходьбе в среднем темпе на расстояние до 500 м длительностью до 3 минут, не иррадиирующие, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально в течение 2 - 3 минут. Боли возникают чаще в сырую и ветреную погоду. Также беспокоит головная боль в теменной области, больше по утрам. Отмечает повышение АД, преимущественно в утренние часы, до 170 – 180/90 мм рт.ст.

В анамнезе – гипертоническая болезнь, стенокардия в течение 3 лет. Курил в течение 25 лет, последние 2 года не курит. Регулярно принимает нитросорбит 10 мг по 1 табл. – 2 раза в день. Работает инженером в проектном бюро.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, вес 92 кг. ЧД 18 в мин. В лёгких – ослабленное везикулярное дыхание. Пульс одинаковый на обеих руках, частота 88 в мин., ритмичный. АД – 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Периферических отеков нет.

Диагноз. ИБС, стенокардия напряжения, II функциональный класс. Н-0 (I ФК NYHA). Гипертоническая болезнь II стадии, АГ 2 степени. Риск 4. Избыточная масса тела.

План обследования: ЭКГ в покое, биохимический анализ крови (креатинин, холестерин, сахар), общий анализ мочи, осмотр глазного дна, измерение АД в динамике.

Лечение:

- 1) придерживаться гипополипидемической диеты;
 - 2) перед выходом на улицу в холодную или ветреную погоду принять сублингвально таблетку нитроглицерина или использовать нитроспрей;
 - 3) ацетилсалициловая кислота («аспирин-кардио») по 1 табл. в день;
 - 4) аторвастатин 10 мг по 1 табл. вечером;
 - 5) метопролол 25 мг – по 1 табл. 2 раза в день с интервалом в 12 часов.
- Явка после завершения обследования.

2. На приёме. Женщина 25 лет.

Диагноз: острый назофарингит.

3. На приёме. Мужчина 60 лет.

Диагноз. ИБС, впервые возникшая стенокардия?

4. Активное посещение больного. Мужчина 20 лет.

Диагноз. Фолликулярная ангина, лёгкой степени тяжести.

5. Активное посещение больной. Женщина 30 лет.

Диагноз. Внебольничная правосторонняя пневмония с локализацией в нижней доле правого лёгкого. ДН – 0. Течение лёгкой степени.

За день принято 3 больных, обслужено 2 активных посещения. Оформлено 4 рецепта; проанализирована 1 ЭКГ, 1 рентгенограмма, 2 анализа крови, 1 анализ мокроты; заполнено 3 талона амбулаторного пациента, 1 направление на госпитализацию, сделано 5 записей в амбулаторной карте.

Приложение № 2

Требования к оформлению записей в медицинской карте амбулаторного пациента

"Медицинская карта амбулаторного больного" (далее – амбулаторная карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

В соответствии с Приказом МЗ СССР № 601 от 28 июля 1987 г. «О мерах по прекращению сбора данных, не предусмотренных государственной отчётностью, и сокращению затрат времени медицинских работников на ведение документации», участковый терапевт, делая запись в амбулаторной карте, должен подробно описывать выявленную патологию. Таким образом, описание нормы не является обязательным и может быть признано целесообразным в случаях, когда имеются явные расхождения между жалобами пациента и данными объективного обследования, не подтверждающими наличие у больного признаков заболевания. Краткое описание нормы может также быть целесообразным в тех случаях, когда пациент обращается к врачу, не предъявляя каких-либо жалоб (например, при устройстве на работу) и врач выставляет диагноз «здоров».

Конкретная форма записи в амбулаторной карте зависит от цели и обстоятельств встречи врача и пациента и, как правило, должна содержать традиционные разделы: жалобы, анамнез, история жизни, настоящее состояние больного, диагноз, тактика и лечение.

Первичный осмотр. Запись должна начинаться с отражения цели осмотра (устройство на работу, получение справки для посещения бассейна, ухудшения самочувствия и др.). Остальные действия по выяснению жалоб, анамнеза и проведению осмотра зависят от цели обращения к врачу. При наличии ухудшения самочувствия в обязательном порядке выделяются *жалобы*, имеющие место на момент осмотра, и анамнестические данные. В *анамнезе* отражается динамика жалоб, реакция на мероприятия по их устранению. Описание статуса преследует двоякую цель: обосновать тяжесть состояния больного и выделить патогномичные и другие признаки заболеваний, которые будут указаны в диагнозе.

Во всех случаях описание статуса должно начинаться с констатации *общего состояния* пациента. В зависимости от того, как врач оценит общее состояние больного, он должен будет выбрать соответствующую тактику ведения пациента и решить экспертные вопросы.

В соответствии с принятой в нашей стране классификацией, выделяются следующие варианты общего состояния пациента: удовлетворительное, средней тя-

жести, тяжёлое и крайне тяжёлое. Нередко имеется подмена понятий «тяжесть общего состояния больного» и «тяжесть течения заболевания». Так, например, наличие ОРЗ среднетяжёлого течения не всегда обуславливает наличие у больного состояния средней тяжести. Для ориентировочной оценки тяжести состояния больного мы предлагаем использовать следующие критерии:

- 1) наличие и выраженность нарушения таких основных критериев жизнедеятельности, как способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, к общению, к ориентации и контролю за своим поведением;
- 2) оценка риска развития угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений в течение ближайшего времени (в результате возникновения данного острого заболевания или обострения хронического).

Для оценки риска развития угрожающих жизни и здоровью осложнений необходимо учитывать конкретный диагноз и статистику летальных исходов и выхода на инвалидность при данном заболевании (таблица 2).

Состояние можно оценить как *удовлетворительное*, если больной самостоятельно смог встать с постели, одеться и свободно передвигается без посторонней помощи, адекватно оценивает ситуацию, легко вступает в контакт с врачом. Риск развития фатальных осложнений при этом может быть оценен как низкий, не превышающий фоновый риск в популяции. Удовлетворительное состояние, как правило, предусматривает лечение больного в амбулаторных условиях с периодическими осмотрами врачом на дому при активном посещении или на приёме в поликлинике в зависимости от назначенного режима. При удовлетворительном состоянии пациента в период заболевания возможно также полное или частичное сохранение трудоспособности. Госпитализация в некоторых случаях может быть показана по социальным показаниям либо, в ряде случаев, на основании соответствующих нормативных актов (например, санитарное законодательство при наличии инфекционного заболевания).

Состояние *средней тяжести* можно констатировать в тех случаях, когда имеются умеренно выраженные ограничения по одной из категорий жизнедеятельности (например, пациент передвигается медленно, с частыми остановками, либо с использованием трости, придерживаясь за стены; на вопросы отвечает правильно, но медленно, подбирая слова либо короткими фразами и т.д.). Также среднетяжёлое состояние следует констатировать в тех случаях, когда риск фатальных осложнений превышает фоновый. В этих случаях работающие пациенты являются нетрудоспособными. Показана либо госпитализация, либо ведение по типу «стационара на дому» в зависимости от нозологической формы и социально-бытовых факторов.

Тяжёлое состояние фиксируется при наличии существенных ограничений хотя бы по одной из основных категорий жизнедеятельности (например, пациент не способен самостоятельно одеться и передвигаться без посторонней помощи, не способен общаться, дезориентирован и т.д.), а риск развития фатальных осложнений является высоким. В этих случаях показана госпитализация больного, и лишь в случаях невозможности либо отказа от госпитализации – ведение по типу стационара на дому.

Учёт риска развития осложнений в оценке тяжести состояния больного позволит избежать ряда тактических ошибок. Например, в острейшем или остром

периоде инфаркта миокарда у пациента, при условии купирования или отсутствия типичного болевого синдрома, может сохраняться способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению и т.д. Но было бы ошибкой считать, что его состояние удовлетворительное, т.к. оно является крайне нестабильным и делать прогноз относительно появления осложнений в ходе данного острого заболевания, с учётом статистики об уровне летальности, сложно. Поэтому, не смотря на удовлетворительное самочувствие больного, состояние его должно быть признано тяжёлым и транспортировка его в лечебное учреждение осуществляется строго на носилках. В то же время, наличие банального ушиба мягких тканей бедра или голени может вызвать ограничение способности к передвижению, но не должно рассматриваться как критерий среднетяжелого состояния пострадавшего.

У пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, часто имеют место стойкие нарушения перечисленных категорий жизнедеятельности (например, у больных, перенёсших острые нарушения мозгового кровообращения с наличием гемипарезов и моторной афазии). Для характеристики их общего состояния целесообразно употреблять термины «стабильно среднетяжёлое состояние» либо «стабильно тяжёлое состояние». В этом случае врач подчёркивает, что состояние больного является таковым в течение длительного времени, и при отсутствии отрицательной динамики не возникает необходимости в госпитализации данных больных и оказания неотложной медицинской помощи. При решении экспертных вопросов стабильные нарушения основных категорий жизнедеятельности являются основанием для решения вопроса о признании больных инвалидами.

Следует избегать неконкретных и обтекаемых характеристик общего состояния, часто встречающихся в некоторых амбулаторных картах: «состояние больного неплохое», «состояние относительно удовлетворительное», «состояние ближе к удовлетворительному». Подобные формулировки указывают на то, что врач затрудняется с оценкой состояния больного как удовлетворительное. В этих случаях целесообразно оценить состояние больного как среднетяжёлое и выбрать соответствующую тактику его ведения. В противном случае, отсутствие конкретных формулировок может повлечь за собой неправильную оценку тяжести состояния и как следствие, выбор неадекватной тактики ведения больного.

В разделе *настоящего состояния больного* описание нормы не является обязательным. Целесообразно отражать в записи основные функциональные показатели гомеостаза (пульс, артериальное давление, частоту дыхания, температуру), часто имеющие значение для оценки состояния пациента.

Диагноз должен вытекать из жалоб, анамнеза и данных осмотра пациента. Наиболее сложным вопросом является его формулировка при первом осмотре больного. В этом случае, при наличии сомнений или неясной ситуации целесообразно выставит диагноз под вопросом, что возможно, но предполагает тактику уточнения ситуации (назначение дополнительных исследований, консультаций) либо госпитализацию для наблюдения больного в условиях стационара при наличии соответствующих показаний. В амбулаторной карте может быть использован симптоматический или синдромальный диагноз, так как он обосновывает назначенное лечение и обследование.

В плане *дополнительных методов обследования* врач, как правило, должен рекомендовать те исследования, проведение которых не является прерогативой других специалистов. Количество исследований должно быть необходимым и достаточным для обоснования диагноза, излишние исследования обременительны для больного и увеличивают финансовые затраты. При невозможности выполнения тех или иных исследований должна быть сделана соответствующая запись.

При решении вопроса о тактике ведения больного могут иметь место показания для госпитализации. Если стационарное лечение показано, но не может быть осуществлено, следует указать причину этого. При остром заболевании либо обострении хронического при амбулаторном ведении больного выбирается режим, а также даются рекомендации по немедикаментозному и медикаментозному лечению. При назначении *лекарственной терапии* врач вынужден учитывать не только имеющиеся стандарты и рекомендации, но и финансовые возможности больного, наличие особенностей течения заболеваний. Лечащий врач, в конечном итоге, самостоятельно определяет выбор терапии, но в случае несоответствия его назначений принятым стандартам обязан обосновать свои рекомендации.

В соответствии с правами пациента, после описания лечебно-диагностических мероприятий больной должен сделать запись о том, что проинформирован о возможных нежелательных эффектах и согласен на выполнение предложенного комплекса в полном (частичном) объеме, скрепив запись своей подписью и зафиксировав тем самым своё информированное добровольное согласие.

Запись заканчивается назначением повторного осмотра на приёме или активного посещения на дому, если наблюдение за больным необходимо продолжить. Выбор кратности осмотров зависит от тяжести состояния больного, диагноза, выполнения плана дополнительных исследований и других факторов.

Описание **повторного осмотра** (в частности, при активном посещении больного) должно отражать динамику процесса – изменение самочувствия больного («самочувствие улучшилось, ухудшилось или не изменилось») и далее конкретизировать ситуацию со слов больного. Отражается динамика процесса во времени, эффективность применяемой терапии, а также возможные нежелательные реакции на проводимое лечение. В записи также должны быть отражены все выявленные нарушения в выполнении рекомендаций по двигательному режиму, немедикаментозному и медикаментозному лечению. При описании статуса больного следует указывать динамику состояния либо её отсутствие. Диагноз в зависимости от вновь выявленных данных может быть изменён, но с соответствующим объяснением. Режим и тактика ведения больного также могут быть пересмотрены.

Таблица 2. Оценка общего состояния пациента

Оцениваемые критерии	Состояние пациента	Рекомендуемая тактика
<p>1. На момент осмотра непосредственной опасности для жизни больного нет. Риск развития угрожающих жизни и здоровью осложнений не превышает фоновый в сопоставимой по полу и возрасту популяции</p> <p>2. Функции жизненно важных систем организма сохранены или нарушены незначительно. Положение пациента активное, он самостоятельно передвигается, обслуживает себя без посторонней помощи</p> <p>3. Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом</p>	Удовлетворительное	<p>Лечение в амбулаторных условиях. Экстренная госпитализация только при наличии социальных или эпидемических показаний.</p> <p>Плановая госпитализация возможна для обследования, коррекции лечения</p>
<p>1. На момент осмотра непосредственной опасности для жизни больного нет. Риск в данный момент не превышает фоновый в сопоставимой по полу и возрасту популяции, но имеется вероятность того, что он может повыситься при дальнейшем прогрессировании заболевания. Однако повышение степени риска развития осложнений в течение ближайших 24 часов можно считать маловероятным</p> <p>2. Функции жизненно важных систем организма сохранены или нарушены незначительно. Положение пациента активное, он самостоятельно передвигается, обслуживает себя без посторонней помощи</p> <p>Возможно также более существенное нарушение функций жизненно важных органов и систем организма. Положение пациента остаётся активным, однако имеются некоторые ограничения в способности к самостоятельному передвижению (например, пациент передвигается в более медленном темпе, вынужден часто делать остановки из-за появления одышки, сердцебиения, болей в груди)</p> <p>3. Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом</p> <p>Возможны также некоторые сложности в общении с врачом (пациент говорит короткими фразами из-за наличия выраженной одышки)</p>	Средней тяжести	<p>Лечение в амбулаторных условиях по типу «стационара на дому». При отсутствии положительной динамики в течение 48 – 72 часов – госпитализация.</p>
<p>1. На момент осмотра непосредственной опасности для жизни больного нет. Риск в данный момент не превышает фоновый в сопоставимой по полу и возрасту популяции, но имеется вероятность того, что он может повыситься при дальнейшем прогрессировании заболевания. Повышение степени риска развития осложнений в течение ближайших 24 часов можно считать весьма вероятным</p> <p>2. Положение пациента активное, он самостоятельно передвигается, обслуживает себя</p>	Средней тяжести	Экстренная госпитализация

<p>без посторонней помощи</p> <p>Возможно также более существенное нарушение функций жизненно важных органов и систем организма. Положение пациента остаётся активным, однако имеются некоторые ограничения в способности к самостоятельному передвижению (например, пациент передвигается в более медленном темпе, вынужден часто делать остановки из-за появления одышки, сердцебиения, болей в груди)</p> <p>3. Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом</p> <p>Возможны также некоторые сложности в общении с врачом (пациент говорит короткими фразами из-за выраженной одышки, отвечает с небольшой задержкой)</p>		
<p>1. На момент осмотра имеется непосредственная опасность для жизни больного в результате нарушения функций жизненно важных систем организма.</p> <p>2. Выраженность симптомов заболевания не позволяют пациенту самому себя обслужить и передвигаться без помощи посторонних лиц или вспомогательных средств (вследствие наличия одышки, болей, неврологической симптоматики, выраженной интоксикации). Положение больного пассивное или вынужденное. Он нуждается в постороннем уходе или помощи.</p> <p>3. Сознание ясное, пациент ориентирован в месте, времени и собственной личности, легко вступает в контакт с врачом.</p> <p>Возможны также некоторые сложности в общении с врачом (пациент говорит короткими фразами из-за выраженной одышки, отвечает с небольшой задержкой).</p> <p>Возможно более серьёзное нарушение психической сферы. Пациент заторможен, не полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности, с трудом вступает в контакт с врачом (отвечает односложно либо кивком головы, с большой задержкой, не всегда правильно).</p>	Тяжёлое	Экстренная госпитализация
<p>1. На момент осмотра можно констатировать настолько выраженное нарушение жизненно важных функций организма, что без экстренных и интенсивных лечебных мероприятий больной может погибнуть в течение ближайших часов или даже минут</p> <p>2. Положение пассивное или вынужденное, возможно двигательное возбуждение, судороги. Имеются признаки шока, отёка лёгких, острой дыхательной недостаточности</p> <p>3. Пациент заторможен, не полностью ориентирован в месте, времени, собственной личности, с трудом вступает в контакт с врачом.</p> <p>Либо сознание нарушено вплоть до комы, больной практически недоступен контакту</p>	Крайне тяжёлое	Неотложная помощь, включая реанимационные мероприятия, вызов реанимационной бригады СП, экстренная госпитализация

Приложение № 3

Перечень практических умений для производственной практики по поликлинической терапии

Умения	Рекомендуемый уровень	Число повторений	Достигнутый уровень	Фактически выполнено
1. Сбор и оценка анамнеза: социального; биологического; генеалогического	4	20		
2. Клиническое обследование здорового и больного пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация	4	20		
3. Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза	4	20		
4. Определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз в амбулаторных условиях	3	20		
5. Оценка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования				
1. Анализ крови общий	4	10		
2. Анализ мочи общий	4	10		
3. Анализ мочи по Нечипоренко	4	2		
4. Анализ крови биохимический	4	5		
5. Анализ копрограммы	4	1		
6. УЗИ	3	5		
7. Рентгенографическое исследование	3	5		
8. ЭКГ	3	10		
9. ФГДС	3	1		
6. Обоснование тактики ведения больного, методов лечения и профилактики, определение прогноза	3	20		
7. Составить план лечения больного с учетом предварительного диагноза	3	20		
8. Обоснование терапии заболеваний (согласно перечня квалификационной характеристики)				
а) синдромной	4	20		
б) этиологической	3	20		
в) патогенетической	3	20		
9. Использование знания основных групп лекарственных препаратов, механизмов их действия, показания и противопоказания к их применению.	3	20		
10. Оформление записи в амбулаторной карте	3	20		
11. Оформление рецептов на лекарства	3	20		
12. Оформление рецептов на льготные, наркотические и приравненные к ним препараты	3	3		
13. Определение ВН, её причины, критерии выздоровления	2	5		
14. Оформление листов нетрудоспособности	3	3		
15. Оформление направления на МСЭ	2	1		
16. Проведение диспансеризации населения	2	3		
17. Проведение первичной и вторичной профилактики заболеваний	2	3		
18. Определение показаний для госпитализации	2	3		
19. Оформление направление на госпитализацию	2	3		
20. Оформление контрольной карты диспансерного наблюдения	3	2		
21. Оформление книги записи вызовов врача на дом	3	2		
22. Оформление талонов амбулаторного пациента	3	5		
23. Оказание неотложной помощи при:				
ангинозном статусе (приступе стенокардии	2	1		
гипертоническом кризе	2	1		
обмороке и коллапсе	2	1		
приступе бронхиальной астмы	2	1		
гипертермическом синдроме	2	1		

Требования к оформлению учебно-исследовательской работы студентов (УИРС)

УИРС в ходе производственной практики имеет целью применить теоретические знания, полученные во время обучения, для оценки клинических ситуаций из реальной практики. УИРС должна быть оформлена в виде комментариев студента к ведению подробно описанных пациентов (не менее трёх пациентов с различными диагнозами).

Комментарии студента могут касаться формулировки диагноза, содержать предложения по дополнительному обследованию и методам лечения пациента.

Например, диагноз, который сформулирует студент, может отличаться от диагноза, поставленного лечащим врачом. Однако в случае несогласия с диагнозом врача студент обязан **обосновать свою точку зрения**, подкрепив её имеющимися в его распоряжении данными.

В УИРС можно включить особенности, выявленные при физикальном обследовании больного: отразить и описать состояние пораженных органов и систем и ту норму, которая имеет дифференциально-диагностическое значение в данном случае.

Студент может **предложить свой вариант или уточнить рекомендованный план обследования пациента**, обосновав применение дополнительных методов, позволяющих уточнить или подтвердить диагноз. Необходимо указать, с какой целью будет проведено данное исследование, какое значение будут иметь его результаты для определения тактики лечения пациента, определить реальность выполнения плана обследования в данном лечебном учреждении. Студент должен определить показания для участия специалистов в обследовании и лечении больного, предложить форму участия (консультация, лечение, диспансерное наблюдение).

При несогласии с предложенным лечением, **студент вправе предложить свой вариант терапии, также обосновав выбор конкретных мероприятий и лекарственных препаратов** с учетом этиологии и патогенеза заболевания, противопоказаний и нежелательных побочных эффектов **с указанием рекомендованной дозы и кратности приёма.**

Пример оформления УИРС по итогам первого дня работы студента (см. приложение № 1)

Комментарии к ведению больного Н., 50 лет.

Пациент страдает ИБС, стенокардией и гипертонической болезнью. Врач назначил комплекс исследований, предусмотренный рекомендациями, для оценки состояния органов-мишеней и риска развития возможных осложнений.

С учётом наличия повышения АД в утренние часы и появления головной боли в этот период, я дополнительно рекомендовал бы пациенту выполнение УЗДГ сосудов шеи и консультацию невропатолога для исключения нарушения кровоснабжения головного мозга из-за стеноза экстракраниальных артерий (как возможной причины артериальной гипертонии и головной боли в утренние часы после пробуждения).

Несмотря на то, что течение стенокардии стабильное, врач скорректировал получаемое пациентом лечение с учётом современных рекомендаций: назначены дезагреганты (причём ацетилсалициловая кислота рекомендована в форме и дозировке, минимизирующей риск развития гастропатии), а также статины. Нитроглицерин заменён на β -адреноблокатор метопролол в связи с тем, что у пациента не достигнуто целевое значение ЧСС (пульс – 88 в мин), а также имеется сопутствующая гипертоническая болезнь, причём также не достигнуто целевое значение АД. β -адреноблокаторы обладают как антиангинальным эффектом (за счёт урежения частоты и уменьшения силы сердечных сокращений снижают потребность миокарда в кислороде), так и гипотензивным эффектом (снижая силу сердечных сокращений, уменьшают сердечный выброс, и, следовательно, снижают систолическое АД).

Я считаю целесообразным вернуться к проблеме выбора липидкорректирующего препарата после изучения показателей общего холестерина и липидного спектра. Прежде всего, нужно установить наличие и выраженность гиперхолестеринемии. Затем, при наличии повышения общего холестерина, в зависимости от типа дислипидемии (преобладания липопротеидов атерогенных фракций или триглицеридов), выбрать необходимые препараты (статины или фибраты). Кроме того, перед назначением статинов, необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний (по крайней мере, оценить уровень АСТ и АЛТ в сыворотке крови), а также, на фоне приёма статинов, контролировать эти показатели раз в 1 – 3 месяца. При существенном повышении трансаминаз статины должны быть заменены на препараты никотиновой кислоты или ионообменные смолы.

Список литературы, рекомендуемой для подготовки к зачёту по практике по разделу «Поликлиническая терапия» и написания УИРС

Основная:

1. Б.Я. Барт, В.Ф. Беневская, С.С. Соловьёв и др. Поликлиническая терапия: Учебник для студ. высш. учеб. заведений – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 544 с.

Дополнительная:

1. Основные положения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы в работе амбулаторного терапевта. Оформление медицинской документации. Учебное пособие для студентов. Рекомендовано ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ. Александров М.В. Иваново, 2013.

2. Поликлиническая терапия. Учебное пособие для студентов. Рекомендовано ГБОУ ВПО ИвГМА МЗ РФ. Полятыкина Т.С., Геллер В.Л., Александров М.В., Будникова Н.В. Иваново, 2013.

3. Клиническая интерпретация электрокардиограммы в практике амбулаторного терапевта. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. Рекомендовано УМО МЗ РФ. Александров М.В., Полятыкина Т.С. Иваново, 2010.

4. Острые респираторные заболевания: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Мишина И.Е., Полятыкина Т.С., Орлова С.Н. Иваново, 2009.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО ХИРУРГИИ

Общие положения Целью ПП после 5 курса по хирургии является получение умений по оказанию лечебно-профилактической помощи основной массе населения в условиях поликлиники. Предполагается, что она будет способствовать формированию клинического мышления по ранней диагностике наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний с учетом их течения, методов лечения и профилактики. Будут затронуты вопросы диспансеризации и экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с хирургической патологией.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ в поликлинике обычно состоит из смотрового кабинета, перевязочной и операционной. В смотровом кабинете осуществляется осмотр больных и оформление документов. Оснащение кабинета: кушетка, стол, ширма, стулья, негатоскоп, умывальник.

ПЕРЕВЯЗОЧНАЯ, где выполняются операции при гнойных заболеваниях, повторные перевязки, наложение гипсовых повязок – должна быть оборудована операционным столом, подставками для конечностей, кушеткой. Здесь же располагается перевязочный стол с набором шприцев, стерильными инструментами и перевязочным материалом. Имеется перевязочный столик, на котором хранятся растворы антисептиков, мази и др. На всех емкостях с лекарственными препаратами и растворами должна быть маркировка с указанием названия, концентрации и даты изготовления. Необходимо наличие набора для обработки рук медицинского персонала после контакта с ВИЧ – инфицированными пациентами. Обработка помещения проводится с помощью бактерицидной кварцевой лампы. В инструментальном шкафу хранятся анаскоп, ректальные зеркала, ректороманоскоп и другие инструменты для специальных исследований.

ОПЕРАЦИОННАЯ, в ней производятся амбулаторные хирургические вмешательства, не требующие общего обезболивания и послеоперационного стационарного излечения (хирургическая обработка ран, вмешательства при атеромах, липомах, инородных телах мягких тканей, вросших ногтях, биопсии и др.) Операционная должна быть оснащена активной вентиляцией, осветительными приборами (бестеневыми лампами, передвижными светильниками). В ней имеется умывальник с горячей и холодной водой, таз для обработки рук, стерильный набор инструментов, шовный материал, стерильное белье. Медикаменты и перевязочный материал располагаются так, чтобы их в любой момент можно было использовать. Операционный стол, аппарат электрокоагуляции и наркозный аппарат готовы к эксплуатации. В общедоступном месте операционной хранятся готовые к употреблению трахеостомический, противошоковый и интубационные наборы.

Основные разделы работы врача – хирурга в поликлинике

1. Первичный прием хирургических больных, получивших талон в регистратуре, на определенное время явки.
2. Прием повторных больных, имеющих назначение на повторную явку. Талон с указанием времени больной получает непосредственно в хирургическом кабинете.

3. Консультативный прием - консультации пациентов, направленных к хирургу врачами других специальностей. Время консультаций определяется регистрацией. Проводиться они могут как в поликлинике, так и на дому, что зависит от состояния больного.
4. Профилактические осмотры совместно с другими специалистами.
5. Диспансеризация» больных хирургического профиля. Диспансеризации подлежат больные с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, осложненными формами венозной патологии (варикозная болезнь, посттромботическая болезнь), заболеваниями щитовидной железы.

Инструкция по ведению дневника практики

В дневнике студент отражает всю выполненную работу. Он является обязательной формой учета проделанной работы. В начале цикла следует представить график работы. В нем указываются даты и продолжительность работы.

В первой вступительной записи приводится краткая характеристика хирургического кабинета. Сведения для этого студент получает во время знакомства из рассказа врача-хирурга. В описании целесообразно представить данные о помещении, количестве персонала, наличии вспомогательных служб, оснащении, нозологии основных групп больных, объеме диагностических и лечебных мероприятий, основные показатели деятельности врача-хирурга.

В каждом последующем дневнике в произвольной форме необходимо отразить:

а) структурные этапы дня (присутствовал на консультативном приеме, профосмотре; присутствовал, ассистировал или самостоятельно выполнял операцию, диагностическую или лечебную манипуляцию; заполнял амбулаторные карты и прочую медицинскую документацию.

б) качественную сторону работы (выявленные острые хирургические заболевания требующих экстренной помощи, особенности течения различных заболеваний и их осложнения; знакомство с новыми нозологическими формами заболеваний; необходимо также указывать диагнозы вновь обратившихся больных, особенности выполнения перевязок, названия манипуляций, операций и т.д.).

в) количественную сторону работы (число принятых больных, количество различных манипуляций, перевязок, операций, количество записей в амбулаторных картах и т.д.).

Образец оформления дневника за день

Дата	Содержание работы
20.06. 04.	<p>Работа на приеме.</p> <p>Семенов А.С. 66 лет жалобы, на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, появившегося 8 месяцев назад.</p> <p>Объективно: в правой паховой области и имеется образование мягко-эластической консистенции, вправляемое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительн. Диагноз: правосторонняя паховая грыжа. Направлен на консультации в хирургическое отделение для решения вопроса об оперативном лечении.</p> <p>Кирова Н. Н. 24 года, ожог правой кисти и предплечья 1-2 ст. 2%. Травма в быту, первичная обработка и профилактика столбняка вы-</p>

<p>полнены в травматологическом пункте. Повязка с мазью левомиколь. Явка через 2 дня.</p> <p>Петров 46 лет, инородное тело 2 пальца левой кисти. Под местной анестезией удалена металлическая стружка. Повязка с раствором хлоргексидина.</p> <p>Повторный прием 5 больных. Оценивал данные УЗИ печени и почек, рентгенограммы кисти, анализа крови. Самостоятельно выполнил перевязки 4 больным. Заполнил 2 амбулаторные карты, проанализировал данные выписки из стационара.</p>
--

Перечень практических умений для производственной практики по амбулаторной хирургии

п/п	У м е н и я	Рекомендуемый уровень	Минимальное число повторений	Достигнутый уровень	Фактически выполнены
Физикальное обследование пациента					
1.	Сбор и оценка анамнеза: социального; биологического; генеалогического	IV	10		
2.	Клиническое обследование пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация, специальные приемы диагностики*.	III	10		
3.	Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза**.	III	10		
	Определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз в амбулаторных условиях	III	10		
3.	Составить план обследования пациента на основе предварительного диагноза**.	III	10		
Оценка лабораторных данных					
1.	Анализ крови общий	III	5		
2.	Анализ мочи общий	III	5		
3.	Анализ крови биохимический	III	5		
Оценка результатов инструментальных методов исследования					
1.	УЗИ, доплерографии	III	3		
2.	Рентгенографического исследования	III	3		
4.	ФГДС,	III	2		
Формулировка диагноза и назначение лечения					
1.	<i>Обоснование тактики ведения больного, показаний для экстренной или плановой госпитализации, показаний и противопоказаний для экстренной или плановой операции, методов лечения, профилактики, определение прогноза</i>	III	5		
2.	<i>Выбор показаний и противопоказаний для консервативного лечения, лекарственных препаратов и метода обезболивания</i>	III	5		
Выполнение врачебных манипуляций					

1.	Временная остановка наружного кровотечения путем: наложения давящей повязки	IV	2		
2.	<i>Выполнение местной инфильтрационной анестезии поверхностных мягких тканей</i>	II	2		
3.	<i>Выполнить проводниковую анестезию по Лукашевичу-Оберсту</i>	II	2		
4.	<i>Хирургическое вмешательство при абсцессе, панариции</i>	II	3		
5.	<i>Удаление атеромы</i>	II	3		
6.	Наложение повязок на все области тела	III	5		
7.	Перевязка чистой раны.	IV	5		
8.	Перевязка гнойной раны.	III	5		
9.	<i>Подготовка набора инструментов, материалов, медикаментов для ПХО раны</i>	III	2		
10.	<i>Проведение первичной хирургической обработки раны (ПХО).</i>	II	2		
11.	<i>Наложение швов и снятие швов с раны.</i>	III	3		
12.	<i>Профилактика и лечение раневых осложнений.</i>	II	2		
13.	Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность	III	2		
14.	<i>Провести обработку рук дезраствором.</i>	IV	3		
15.	<i>Провести обработку рук перед операцией.</i>	IV	2		
16.	<i>Провести предоперационную подготовку операционного поля.</i>	III	3		
17.	<i>Обработать операционное поле.</i>	III	2		
18.	<i>Одеть и сменить стерильные перчатки.</i>	IV	3		
19.	<i>Одеть и сменить стерильный халат самостоятельно и с помощью медицинской сестры.</i>	IV	2		
20.	<i>Удаление дренажей и тампонов.</i>	III	3		
24.	Выполнение пальцевого исследования прямой кишки	III	3		
25.	<i>Выполнить профилактику столбняка (введение ПСС и анатоксина)</i>	III	3		
26.	Провести анестезию кожи хлорэтилом	III	1		
Оформление документов					
1.	<i>Оформление амбулаторной карты, описать status localis*.</i>	III	5		
2.	<i>Оформить больничный лист*.</i>	III	5		
3.	<i>Определить показания к госпитализации и профиль отделения</i>	II	5		
4.	<i>Оформить направление на госпитализацию</i>	II	3		
Организационные умения					
1.	<i>Составление плана и проведение санпросвет работы (беседы с больными).</i>	IV	5		
Оказание неотложной помощи при:					
1.	Шоке у хирургических больных*	II	1		
2.	<i>Приступе печеночной колики.</i>	II	2		
3.	<i>Желудочно-кишечном кровотечении</i>	II	1		
4.	<i>Укусах животными и змеями</i>	11	1		
5.	<i>Внутреннем кровотечении</i>	11	1		

Контрольные вопросы для подготовки к зачету по хирургии

1. Организация хирургической помощи в поликлинике.
2. Обязанности врача – хирурга поликлиники.
3. Тактика врача-хирурга поликлиники при выявлении острой хирургической патологии.
4. Лечение заболеваний вен нижних конечностей в условиях поликлиники.
5. Лечение трофических язв в условиях поликлиники.
6. Профилактика столбняка.
7. Принципы лечения гнойных заболеваний кисти, показания для госпитализации.
8. Неотложная помощь при ожогах и электротравме.
9. Помощь при укусах животных и змей.
10. Через 6 месяцев после холецистэктомии у больного появилась интенсивная желтуха. Какова тактика хирурга?
11. Больной с клинической картиной острого аппендицита отказывается от госпитализации. Каковы действия врача-хирурга поликлиники?
12. У больного сильные жгучие боли в верхней половине живота, многократная рвота желчью. Беспокоен, имеется небольшое напряжение мышц живота в эпигастрии. Каковы Ваш диагноз и дальнейшие действия?
13. У больного обнаружены болезненные, увеличенные геморроидальные узлы. Каков Ваш диагноз и тактика?
14. У больного 50 лет признаки ишемии обеих ног. Пульсация бедренных артериях снижена, определяется систолический шум. Каков диагноз, план обследования и лечения?
15. После перенесенного острого парапроктита у больного остался свищ, из которого выделяется каловое содержимое. Какой диагноз и тактика?

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО АМБУЛАТОРНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

Производственная практика (ПП), в том числе по амбулаторной травматологии (АТ), относится к одной из важнейших форм профессиональной подготовки будущих врачей в период обучения в вузе.

Целями ПП по АТ являются:

1. приобретение умений по диагностике повреждений и оказанию неотложной помощи пострадавшим;
2. приобретение организационных, лечебно-диагностических, профилактических умений и достижение базовой компетентности - **способности (умения)** решать типовые профессиональные задачи (организационные, лечебно-диагностические) соответственно уровню подготовки.

Студенты проходят практику в качестве помощника врача-травматолога травматологического пункта или травматологического кабинета (приема травматологических больных) поликлиники.

Студент должен получить умения по ранней диагностике наиболее часто встречающихся травм и их последствий и по оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Основные задачи производственной практики:

1. приобретение умений диагностики основных травматических повреждений;
2. приобретение умений по оказанию неотложной помощи пострадавшим;
3. знакомство с организацией работы травматологического пункта, структурой травмпункта, лечебной и диагностической базой, взаимоотношениями травмпункта с другими лечебными учреждениями;
4. знакомство с основными документами в травмпункте, приобретение умений оформления их у конкретного пациента.

Организация практики

К прохождению летней производственной практики в качестве помощника врача травматологического пункта допускаются студенты, закончившие пятый курс.

Студенты во время практики работают под контролем прикрепленного врача-травматолога. Рабочий день студента на производственной практике равен рабочему дню врача-травматолога с учетом непосредственного приема в поликлинике (травмпункте) и работы по обслуживанию больных на дому.

Во время производственной практики в обязанности студентов входит работа на первичном и повторном приемах, в гипсовом кабинете травмпункта, посещение больных на дому, участие в работе утренних конференций.

Инструкция по ведению дневника практики

В дневнике студент отражает всю выполненную работу. Написание дневника - это не самоцель, а форма работы на практике. Работая над дневником, формулируя диагноз или анализируя особенности клиники или лечения данного больного, Вы отражаете накопление своего клинического опыта, приобретаете

умения врачебной мыслительной деятельности (осмысление данных осмотра и дополнительных методов исследований, применение классификации, формулировка диагноза, выводы об эффективности или неэффективности проводимого лечения). Ведение дневника - это один из способов достижения целей практики - овладения практическими умениями. Работая на приеме, вы должны на примере конкретного пациента осваивать практические умения по диагностике, профилактике, лечению, организации лечебного и диагностического процесса.

Дневник должен содержать следующие данные:

1. Характеристику травм пункта как лечебного учреждения.
2. Содержание работы за каждый день.
3. Ежедневные и итоговые цифровые показатели работы.
5. Отчет о практике (оформленный перечень практических умений с указанием достигнутого уровня).
6. Характеристику и оценку работы студента базовым руководителем практики - заведующим травмпункта

Дневник работы в поликлинике ведется в свободном изложении каждый день. На первой странице в первый трудовой день составляется график, где указываются часы работы с учетом приема в травмпункте и посещений больных. График утверждается заведующим травмпункта.

В первый день производственной практики дается краткая характеристика травмпункта, наличие специализированных кабинетов.

В последующие дни дневник должен отражать основное содержание рабочего дня с описанием наиболее значительных моментов во время приема больных, посещения их на дому.

Например. Иванов Н.Н. Беспокоят боли, отек в правом предплечье. Боли появились после падения на выпрямленную руку 2 часа тому назад.

Объективно: Пульс 76, ритмичен, АД 130/80. Отмечается локальная болезненность, отек в н\3 правого предплечья, деформации предплечья нет, нагрузка по оси болезненная, укорочения предплечья не выявлено, симптом Вельпо (+), симптом Орнштейна (+). В остальном - без особенностей. Для уточнения диагноза назначено выполнить рентгенограмму в двух проекциях, на которой выявлен перелом лучевой кости в типичном месте без смещения отломков. Диагноз: Закрытый перелом правой лучевой кости в н\3 без смещения отломков.

Назначено: Тыльная гипсовая лонгета – 3-4 недели, после чего показаны ЛФК и физиотерапевтические мероприятия.

Образец оформления дневника

Дата Работа на приеме

Иванова А.И., 48 лет. Диагноз: Закрытый перелом луча в типичном месте без смещения отломков.

Оформил больничный лист (первичный)

Петрова О.И., 45 лет. Диагноз: Первичный неосложненный свежий подклювовидный вывих правой плечевой кости.

Проанализировал данные рентгенограмм, присутствовал при вправлении вывиха по Кохеру. Участвовал в наложении гипсовой лонгеты.

Сидорова А.Г., 67 лет Диагноз: Закрытое повреждение малоберцовых связок правого голеностопного сустава.

Наложил фиксирующую повязку.

Принял 5 повторных больных.

Оценивал данные рентгенограмм, наложил гипсовую повязку, оформил закрытие больничного листа, 3 талона амбулаторного пациента.

Дневник заполняется ежедневно и подписывается врачом, к которому прикреплен студент.

Заведующий отделением по окончании практики дает краткую характеристику студенту и оценивает его работу по пятибалльной системе. Характеристика заверяется подписью базового руководителя практики и печатью лечебного учреждения.

Отчетом о проделанной работе является оформленный Вами перечень практических умений. Освоение умений на рекомендованном уровне будет означать, что цель практики достигнута. Об этом следует сделать соответствующую запись в перечне практических умений. Комиссия преподавателей на зачете оценит объективность Вашей самооценки.

Необходимый перечень документов и правила их оформления, которые должен знать студент

Название документа	Учетная форма " №
Медицинская карта амбулаторного больного	025/у
Талон амбулаторного пациента	025-10/у
Листок нетрудоспособности	
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у
Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся школ и профтехучилищ	095/у

Одной из форм работы врача в травмпункте является проведение профилактики возникновения заболеваний вследствие травм. Оно заключается в умении в доступной для пациента форме рассказать пациенту о причинах его травмы, о принципах лечения и профилактики. Умение провести беседу с больным достигается путем ее подготовки и проведения.

В работе врача встречается множество моментов, которые невозможно изучить теоретически, их можно понять и научиться выполнять только в процессе практической деятельности. И основное - это умение непосредственно общаться с больным, умение его понять, понять ту причину, которая явилась поводом для обращения пациента к врачу. Распознать суть патологического процесса означает поставить диагноз.

Второе, чрезвычайно значимое умение - амбулаторное ведение и лечение больных.

Ведение пациента в травмпункте предполагает решение следующих вопросов:

1. Постановка и формулировка предварительного диагноза.
2. Уточнение диагноза с использованием дополнительных методов исследования.

3. Назначение лечения.
4. Решение вопроса об экстренной госпитализации.
5. Решение вопроса о трудоспособности пациента.
6. Оформление медицинской документации (амбулаторная карта, талон амбулаторного пациента).
7. При повторном обращении оценка динамики состояния пациента, данных дополнительных методов обследования, формулировка уточненного диагноза и коррекция лечения.

Работа врача травмпункта сложна также тем, что на прием обращаются пациенты с различной, в том числе терапевтической патологией. Врач-травматолог должен четко знать терапию и хорошо ориентироваться в смежных областях.

Уровни овладения практическими умениями:

- 1 – иметь представления, знать показания;
- 2 – принять участие, оценить;
- 3 – выполнить под руководством;
- 4 – выполнить самостоятельно

Перечень практических умений по амбулаторной травматологии

	Умения	Рекомендуемый уровень	Число повторений	Достигнутый уровень	Подпись преподавателя
1.	Сбор и оценка анамнеза при травмах *	4	20		
2.	Клиническое обследование больных с повреждениями опорно-двигательной системы. (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерения)	3	20		
3.	Оценка выявленных патологических изменений, формулировка предварительного диагноза **: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ушиб мягких тканей; ➤ перелом костей конечностей; ➤ вывих плечевой кости, костей предплечья, кисти, пальцев, стопы; ➤ повреждение сухожилий; ➤ повреждение периферических нервов и сосудов; ➤ повреждение головного мозга. 	3	10 5 3 3 3 3 1		
4.	Оценка результатов рентгенологического исследования при повреждениях	2	10		
5.	Выявление жизненных (витальных) нарушений (травматический шок, острая кровопотеря и др.)	2	2		
6.	Оказание неотложной помощи при: <ul style="list-style-type: none"> ➤ травматическом шоке *; ➤ укусах животными и змеями * 	2 2	1 1		
7.	Составить план лечения больного **	2	10		
8.	Оформить запись в амбулаторной карте **	2	10		

9.	Оформить больничный лист	2	5		
10.	Остановка наружного кровотечения временными способами: <ul style="list-style-type: none"> ➤ прижатие сосуда на протяжении в типичных местах (подключичной, плечевой, лучевой, локтевой, бедренной, височной артерий); ➤ наложение жгута; ➤ наложение давящей повязки; ➤ наложение зажима на кровоточащий сосуд. 	3 3 3 3	3 3 3 3		
11.	Выполнение анестезии места перелома диафиза длинных трубчатых костей.	3	5		
12.	Выполнение межреберной и павравертребальной блокад.	3	3		
13.	Проведение транспортной иммобилизации при переломах и вывихах лестничными шинами	4	3		
14.	Придание правильного положения больному с повреждениями таза, позвоночника для транспортировки.	4	5		
15.	Наложение повязки Дезо.	4	2		
16.	Наложение тугой и фиксирующей повязок.	4	5		
17.	Наложение асептической повязки на рану мягких тканей и на рану при открытых переломах конечностей.	4	5		
18.	Вправление вывихов плечевой кости, костей предплечья, фаланг пальцев	2	2		
19.	Репозиция переломов лучевой кости в типичном месте	2	3		
20.	Наложение гипсовой лонгеты	3	5		
21.	Снятие гипсовой лонгеты	3	5		
22.	Оценка состояния конечности в гипсовой повязке	4	5		
23.	Трепанация ногтевой пластинки при подногтевых гематомах	4	2		
24.	Подготовка наборов инструментов, материалов, медикаментов для ПХО *	3	5		
25.	Проведение первичной хирургической обработки ран (МК)	3	5		
26.	Обосновать показания и противопоказания для проведения специфической профилактики столбняка	4	5		
27.	Принятие решения о необходимости госпитализации или отказе от нее. Определение места госпитализации больного в зависимости от имеющихся повреждений	4	5		

Работать с конкретным пациентом, разобраться в особенностях клиники конкретного заболевания Вам поможет методическая разработка кафедры травматологии и ортопедии и ВПХ «Методика обследования больного при повреждениях опорно-двигательной системы». Иваново, 1994.

Зачет по производственной практике

Зачет по поликлинической практике - это оценка того, чему Вы научились

на практике, что Вы умеете делать, в какой мере Вы научились выполнять те практические умения, овладение которыми составляло задачу практики. На зачет выносятся исключительно практические вопросы: методика постановки диагноза, значение дополнительного метода исследования в диагностике данного заболевания, принципы лечения конкретной нозологической формы, организация работы врача, оформление рецепта, принципы ведения больного в поликлинике, в том числе показания для госпитализации.

Контрольные вопросы для подготовки к зачету по травматологии

1. План обследования больного с повреждениями опорно-двигательной системы.
2. Определение показаний для госпитализации (в конкретном случае) или отказе от нее.
3. Определение места госпитализации больного в зависимости от имеющихся повреждений и сопутствующей патологии.
4. Клинические признаки перелома костей конечностей, таза, позвоночника. Методы дополнительного исследования.
5. Клинические признаки вывиха плечевой кости, костей предплечья, кисти, пальцев, бедренной кости, костей голени, стопы. Методы дополнительного исследования.
6. Клинические признаки повреждения сухожилий. Методы дополнительного исследования.
7. Клинические признаки повреждения периферических нервов и сосудов. Методы дополнительного исследования.
8. Перечислите основные признаки жизненных (витальных) нарушений: травматический шок, острая кровопотеря и др.
9. Неотложная помощь при травматическом шоке, острой кровопотере.
10. Перечислите методы остановки наружного кровотечения.
11. Способы временной остановки наружного кровотечения. Типичные места прижатия сосуда на протяжении (подключичной, плечевой, лучевой, локтевой, бедренной, височной артерий).
12. Правила и сроки наложения жгута, давящей повязки.
13. Особенности анестезии места перелома диафиза длинных трубчатых костей.
14. Техника проведения межреберной и паравертебральной блокад.
15. Показания и противопоказания к проведению межреберной и паравертебральной блокад. Возможные осложнения.
16. Проведение транспортной иммобилизации при переломах и вывихах.
17. Показания к госпитализации.
18. Проведение специфической профилактики столбняка.
19. Проведение ПХО в условиях травматологического пункта.
20. Наложение и снятие гипсовой повязке.
21. Оценка состояния конечности в гипсовой повязке.
22. Проведение репозиции при переломах лучевой кости в типичном месте.
23. Показания и техника наложения повязки Дезо.
24. Показания и техника наложения тугих и фиксирующих повязок.
25. Вправление вывихов плеча, костей предплечья и фаланг пальцев.

**Производственная практика
Помощник врача скорой и неотложной помощи
(терапия, хирургия, травматология)**

Ушакова С.Е., Александров М.В., Белова Г.В., Бурсиков А.В.,
Кузьмин А.Л., Бойцов Н.И., Кирпичев И.В., Качанова Л.А.

Методические разработки для студентов 5 курса лечебного факультета

Подписано в печать года. Формат 60x84 1/16

Уч. изд. л. Печ. л.

Тираж экземпляров.

Ивановская государственная медицинская академия,
153462, г. Иваново, пр. Шереметевский, 8.